



AUTORIZACIÓN DE LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

Mediante la presente, yo
identificado(a) con documento de identidad (DNI/Pasaporte/Otros) N°

En pleno uso de mis facultades, autorizo de manera expresa que la información contenida en la Historia Clínica y acto médico de mi persona y/o mi representado en la Clínica o Establecimiento de Salud General, sea revisada por el personal de Registros Médicos de la Clínica Ricardo Palma, para los fines de fotocopiado y/o informe médico.

..... Firma del paciente	Indice Derecho Huella digital
-----------------------------	--

Nombres y apellidos:

Documento de Identidad:..... N°:

Fecha: Hora:

**Por favor llenar con letra imprenta*

..... Firma del responsable	Indice Derecho Huella digital
--------------------------------	--

En caso de que el paciente sea menor de edad:

Nombres y apellidos:

Documento de Identidad:..... N°:

Fecha: Hora:

**Por favor llenar con letra imprenta*

Observaciones: Este documento debe ser llenado por el paciente, padre o apoderado en caso de que el paciente sea menor de edad o se encuentre imposibilitado para firmar.

Av. Javier Prado Este 1066, San Isidro