ribera | Hospital Povisa

CONSENTIMIENTO PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN CLÍNICA

SERVICIO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Yo, D./Dña: DNI, NIE o Pasaporte:

autorizo a:

D./Dña: DNI, NIE o Pasaporte:
a la recogida de la Información Clínica solicitada a la Unidad de Documentación.

Firma:

, a de de 20

Nota: este impreso se acompañará de fotocopia del DNI, NIE o Pasaporte del paciente y DNI, NIE o Pasaporte original de la persona autorizada.

Versión 1. Septiembre 2021