

El/la que suscribe, Sr./Sra. _____

Nacido/a el ____/____/____ en _____

Residente en _____ Prov. _____

Calle _____ N° _____ C.P. _____

Documento tipo _____ N° _____

Expedido por _____ en fecha _____

N° de identificación fiscal _____

AUTORIZA

Al Sr. /a la Sra. _____ Nacido/a

el ____/____/____ en _____

Residente en _____ Prov. _____

Calle _____ N° _____ C.P. _____

Documento tipo _____ N° _____

Expedido por _____ en fecha _____

N° de identificación fiscal _____

A RETIRAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN MÉDICA:

- resultados de análisis de laboratorio/reconocimientos efectuados en fecha ____/____/____
- copia auténtica de historia clínica correspondiente a la internación del ____/____/____
al ____/____/____ en la unidad de _____
- copia auténtica de internación en Hospital de día/Cirugía ambulatoria efectuada en fecha ____/____/____
- copia auténtica de Acceso al Servicio de Primeros Auxilios efectuado en fecha ____/____/____

Fecha ____/____/____

Firma

**NOTA: EN EL MOMENTO DEL RETIRO, LA PERSONA AUTORIZADA DEBERÁ
PRESENTAR OBLIGATORIAMENTE UN PROPIO DOCUMENTO DE IDENTIDAD VÁLIDO, Y
UN DOCUMENTO DE IDENTIDAD VÁLIDO, EN ORIGINAL O EN FOTOCOPIA,
DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE INCARICATO AL RILASCIO

È stata verificata la corrispondenza tra gli estremi dichiarati e i documenti esibiti dal delegato
Cognome e nome _____ firma _____

SPAGNOLO - ESPAÑOL