

	<b>DECLARACIÓN DE PODERE PARA EL RETIRO DE DOCUMENTACIÓN MÉDICA</b>	M/919/285 Rev. 0 Pág. 1 de 1
---	---	------------------------------------

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