

Quito,.....de.....del.....

Señor Director
HOSPITAL VOZANDES QUITO
Presente.-

De mis consideraciones:

Yo,.....con Cédula de Identidad y/o pasaporte.....
solicito muy comedidamente autorizar a quien corresponda, la entrega de los siguientes documentos (copias certificadas – si aplica):

Historia Clínica	<input type="checkbox"/>	Exámenes	<input type="checkbox"/>
Epicrisis	<input type="checkbox"/>	Certificado Médico	<input type="checkbox"/>
Hoja 08 / ER	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

Historia Clínica No.....Fecha de atención:.....

Nombre del Paciente:.....

La razón por la que requiero estos documentos es:

Seguro Médico Otros:.....

Renuncio a la confidencialidad legal de la Historia Clínica y otros documentos, dejando expresa constancia que deslindo de toda responsabilidad al Hospital Vozandes Quito por la emisión de los mencionados documentos que han sido solicitados en forma expresa por mi persona.

Atentamente,

Firma:.....C.I.y/o pasaporte:.....

AUTORIZACIÓN: Por cuanto me es imposible realizar la solicitud personalmente y recibir la documentación, autorizo en forma expresa y voluntaria bajo mi absoluta responsabilidad a:

Sr. (a)..... C.I.y/o pasaporte:..... Firma:.....

Relación con el / la paciente:.....

***** PARA USO ADMINISTRATIVO HVQ *****

Autorizado Negado En revisión

Nombre:.....Firma:.....

Fecha:.....Hora:.....

Recibo conforme la documentación solicitada y me responsabilizo de todo su manejo.

Nombre:.....C.I. y/o pasaporte:.....Firma:.....

Nota: Adjuntar copias de la cédula de identidad del paciente y de la persona autorizada a realizar el trámite.