

PODER SIMPLE PARA RETIRO DE EXÁMENES

Yo (nombre y apellido), _____,
RUT: _____ - ___, autorizo a _____, RUT: _____ - ___, a
retirar el/los resultado(s) de exámenes realizados en Clínica CleverSalud.

Mediante esta autorización, libero a la institución de toda responsabilidad por el mal uso, difusión
u otros hechos derivados de la entrega de estos antecedentes.

Firma paciente: _____ Fecha: _____