



Clínica
Ricardo Palma

AUTORIZACIÓN DE LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

Mediante la presente yo _____
Identificado(a) con documento de identidad (DN/CE/Pasaporte/Otros) _____ N° _____,
en pleno uso de mis facultades, autorizo de manera expresa que la Información contenida en la Historia Clínica y
acto médico de mi persona y/o mi representado en la Clínica o Establecimientos de Salud General, sea revisada por
el personal la Oficina de Atención al Cliente de la Clínica Ricardo Palma, para los fines de investigación y análisis de la
queja presentada en dicho departamento.

Índice Derecho
Firma del Paciente _____
Huella digital

En caso de que el paciente sea menor de edad:

Índice Derecho
Firma del Paciente o apoderado _____
Huella digital

Nombres y apellidos: _____

Documento de Identidad: _____ N°: _____

Fecha: _____ Hora: _____

** Por favor llenar con letra impresa*

Nombres y apellidos: _____

Parentesco: _____

Documento de Identidad: _____ N°: _____

Fecha: _____ Hora: _____

** Por favor llenar con letra impresa*

*** Observaciones:** Este documento debe ser llenado por el paciente, padre o apoderado en caso que el paciente sea menor de edad o se encuentre imposibilitado para firmar.