

## AUTORIZACIÓN DE LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

<ul> <li>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.</li> </ul>	Firma del Paciente		En caso de que el paciente sea menor de edad:	Firma del Paciente		edico de mi persona y/o mi representado en rsonal de Registros Médicos de la Clínica Ric	Identificado(a) con documento de identidad (DNI/Pasaporte/Otros)
	Huella digital  *Por favor llenar con letra imprenta	Nombres y Apellidos: Documento de identidad:	d:	Huella digital  *Por favor llenar con letra imprenta	Nombres y Apellidos: Ns Documento de identidad: Ns Fecha: Hora:	la Clínica o Establecimiento de Saluc ardo Palma, para los fines de fotocopia	NI/Pasaporte/Otros)
caso que el paciente sea menor de edac	letra imprenta	dad:Hora:		etra imprenta	dad:Nº:	d General, sea revisada por el do y/o informe medico.	nida en la Historia Clinica y acto