

	<b>CENTRO DE SALUD "NUESTRA SEÑORA DE FATIMA". E.S.E</b> <b>CHACHAGUI – NARIÑO</b> <b>NIT. 900.134.497 - 7</b>	CÓDIGO:
		PÁGINA: 1 DE 1
		VERSIÓN: 002
		VIGENTE A PARTIR DE:
		27/06/2013 9:01:00

Chachagui, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013

DOCTORA:  
MARIANA ELISABET NARVAEZ PAZ  
Gerente Centro de Salud "Nuestra Señora de Fátima" ESE  
E.S.D.

Ref. Autorización.

\_\_\_\_\_, mayor de edad e identificado civilmente como aparece al pie de mi correspondiente firma. Por medio de la presente manifiesto de forma libre y voluntaria que AUTORIZO al señor (a) \_\_\_\_\_ persona mayor de edad e identificada con C.C. No. \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_; Para que en mi nombre y representación presente ante su entidad Derecho de petición de copias de mi Historia Clínica, al igual que lo (la) faculto para que retire las mismas.

Mi autorizado desde ya promete guardar la reserva sumarial que estos documentos por virtud de la ley se encuentran provistos.

Anexo: Fotocopia simple de documento de identidad

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
C.C. No. \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_  
Quien Autoriza

\_\_\_\_\_  
C.C. No. \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_  
Autorizado

*"Nota: las firmas contempladas en este documento deben estar autenticadas por autoridad competente".*