

### AUTORIZACIÓN PARA RETIRO DE RESULTADOS DE EXÁMENES MÉDICOS

Yo, (Nombre completo del paciente)

\_\_\_\_\_

CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° (Número de cédula) \_\_\_\_\_

Autorizo de manera libre y voluntaria a (Nombre completo de la persona autorizada)

\_\_\_\_\_

Con cédula de ciudadanía N° (Número de cédula del autorizado), \_\_\_\_\_

Para que en mi nombre y representación retire los resultados de mis exámenes médicos realizados en RADIOLOGÍA MEDINUCLEAR CIA. LTDA., con fecha (fecha de realización de los exámenes) \_\_\_\_\_

Declaro que esta autorización es válida únicamente para el retiro de los resultados mencionados y que la persona autorizada podrá firmar cualquier documento necesario para dicho trámite.

En constancia, firmo lo presente en QUITO a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_

Firma de la persona autorizada: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_

Nota: Adjuntar copia de cédula del paciente totalmente legible.

Norte: Av. de la Prensa N59-22 y Luis Tufiño

Teléfonos: (02)2598795 / 2292797

☎ 0996200200 / 0991629769

Sur: Jacinto Collaguazo S9-271 y Jambelí (La Magdalena)

Teléfonos: 2652470

☎ 0963050468 / 0991629769