CAJA DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN EJECUTIVA NACIONAL DE LOS SERVICIOS Y PRESTACIONES EN SALUD

AUTORIZACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE COPIAS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN INSTALACIONES AJENA A LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

YO _____

CON C.I.P_____ ASEGURADO (A), AUTORIZO A LA CAJA DE SEGURO SOCIAL PARA OBTENER COPIAS DE MI EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA QUE SE ME BRINDÓ EN INSTALACIONES AJENAS A LA CAJA DE SEGURO SOCIAL.

_____ _____

(FIRMA Y CÉDULA) **Fecha**