



Clínica Nexo®

AUTORIZACIÓN DE REPRESENTACIÓN

Nombre y DNI/Pasaporte del paciente:

NOMBRE COMPLETO

DNI

Nombre y DNI/Pasaporte del representante legal, en caso de que el paciente sea un menor o persona dependiente legalmente:

NOMBRE COMPLETO

DNI

AUTORIZO A

Nombre y DNI/Pasaporte de la persona autorizada:

NOMBRE COMPLETO

DNI

Relación con el paciente:

RELACIÓN CON EL PACINETE

(IMPRESINDIBLE adjuntar copia del DNI de la persona titular. Si el paciente es menor de edad, se deberá presentar el Libro de Familia):

A realizar en mi nombre los siguientes trámites:

1. Realizar consultas, solicitar información, retirar una copia y realizar cualquier otro trámite administrativo relacionados con el Historial Clínico.
2. Recoger informes, resultados de pruebas diagnósticas, imágenes radiológicas, analíticas y cualquier otro informe de salud. Solicitar el envío de los informes por correo electrónico u obtener los datos de acceso para la consulta de informes y resultados por Internet.
3. Solicitar y recoger recetas y prescripciones médicas.
4. Contratar servicios, realizar pagos, solicitar, modificar y anular citas.

Por tiempo indefinido:

Hasta la fecha:

FECHA

Firma del paciente:

Firma de la persona autorizada:

Fecha autorización:

FECHA