

- DNI solicitante/representante legal.
- DNI autorizado.
- Libro de familia.

Revisado por: _____.



MODELO DE REPRESENTACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TRÁMITES ADMINISTRATIVOS CON LA CLÍNICA NEXO

En Alcorcón, a ____ de _____ de _____

D./Dña. _____ con DNI: _____, con domicilio en _____ de _____

OTORGA SU REPRESENTACIÓN

a D./Dña. _____ con DNI: _____, con domicilio en _____ de _____, en calidad de _____, exclusivamente para que pueda ejercitar ante Clínicas Nexo, S.L., en nombre del representado, los siguientes trámites (marque lo que proceda):

- Realizar consultas, solicitar información, retirar una copia y realizar cualquier otro trámite administrativo relacionados con el **Historial Clínico**.
- 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.
- Solicitar y recoger **recetas** y prescripciones médicas.
- Contratar servicios, realizar pagos, solicitar, modificar y anular citas.

Será IMPRESCINDIBLE que este documento vaya acompañado del DNI/NIE/Pasaporte del representado o una copia del mismo y del DNI/NIE/Pasaporte del representante. Con la firma del presente escrito el representante acepta la representación conferida y responde de la autenticidad de la firma del otorgante, así como de la copia del DNI/NIE/Pasaporte del mismo que acompañará a la solicitud del trámite.

Rogamos nos facilite también un teléfono de contacto para que, en caso de duda, podamos contactar con Vd. Teléfono: _____

Fdo. Otorgante/Representado

Fdo. Representante