

## PODER SIMPLE PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN DE SALUD

Con el objeto de facilitar la procedencia, determinación y otorgamiento de beneficios de salud, y la gestión de pago de las prestaciones de servicios de salud otorgadas por Clínica Alemana de Santiago S.A., Servicios Clínica Alemana Ltda., y Diagnósticos Clínica Alemana Ltda., autorizo expresamente a éstas, en caso que proceda o sea requerido, para que envíen o entreguen, al sistema previsional de salud y compañías de seguro a las que estoy asegurado, y al Departamento de Convenios de Clínica Alemana en caso de estar afiliado al Convenio Vivir Seguro/Todo Alemana/Crecer Seguro, a través de medios materiales o electrónicos, la información contenida en mi ficha clínica.

En el evento que terceras personas, mediante la suscripción de pagarés y mandatos, garanticen el pago de las cuentas por las diversas atenciones que me otorguen, autorizo para informar a los suscriptores el detalle de dichas cuentas.

**Afiliados Convenios Vivir Seguro/TodoAlemana/Crecer Seguro:** Autorizo adicionalmente, a Clínica Alemana de Santiago S.A. para requerir de todos los médicos, hospitales, clínicas, laboratorios, otras instituciones de salud o personas que me hubieran examinado o asistido en mis dolencias, lesiones o enfermedades, los antecedentes médicos, clínicos y patológicos que pudieren tener respecto de mi estado de salud. Estas personas y entidades deberán proporcionar la información requerida por Clínica Alemana de Santiago S.A. de la misma forma como si yo la solicitare personalmente.

Nombre Paciente :  
Cédula Identidad Paciente :  
Fecha :

Firma del Paciente en  
señal de aceptación : \_\_\_\_\_ Huella Dactilar Pulgar Derecho

**Si el paciente es menor de 18 años o se encuentra incapacitado, autoriza en su representación:**

Nombre Representante : \_\_\_\_\_

Cédula Ident. Representante : \_\_\_\_\_

Vínculo con Paciente : \_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_\_

Firma del Representante en  
señal de aceptación : \_\_\_\_\_

Huella Dactilar Pulgar Derecho

*Autorizo la firma estampada en el presente documento con la correspondiente cédula de identidad/pasaporte que tuve a la vista, con esta fecha.*

*Santiago, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_*