

AUTORIZACIÓN PARA CONOCIMIENTO DE HISTORIA CLINICA

Yo, _____ identificado con documento de identidad número _____ autorizo al **FONDO DE EMPLEADOS SABI** para tener acceso a mi Historia Clínica y a todos aquellos datos que en ella se registran o lleguen a ser registrados, tanto por conocimiento directo, como por fotocopia parcial o total del documento y también autorizo para hacer entrega de los anteriores documentos (Copia de Historia Clínica, registros fotográficos y fílmicos), a aquellas entidades que se requieran para reclamación de seguro de vida, renta diaria por incapacidad, anticipo por enfermedades graves y/o auxilio.

Firma: _____ Cédula: _____

Lugar y Fecha: _____