



En \_\_\_\_\_ con fecha \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad \_\_\_\_\_

autorizo a \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_

a retirar mis exámenes de \_\_\_\_\_

realizados en Centro Médico ImagenSALUD.

**IMPORTANTE:** adjunto a este poder, se presentará una fotocopia de mi **Cédula de Identidad** por **ambos lados**, que certifica la veracidad de este documento.

\_\_\_\_\_

Firma paciente

\_\_\_\_\_

Firma persona autorizada