

AUTORIZACIÓN PARA RETIRO DE HISTORIA CLÍNICA

Complete este formulario completando y marcando lo que corresponda

Fecha

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos _____ Nombres _____

C.I. N° _____ Doc. extranjero Tipo _____ País _____ N° _____

Servicio de salud _____

Nota importante: Siempre adjuntar fotocopia de la cédula del asegurado y del beneficiario si corresponde.

AUTORIZACIONES

- 1 Si el Asegurado autoriza al retiro de la documentación** Por este medio autorizo al BSE a solicitar y retirar copia de mi historia clínica completa así como a obtener cualquier información de mis médicos tratantes respecto a mi estado de salud.

Firma del Asegurado _____

- 2 Si el Beneficiario autoriza al retiro de la documentación** *Habiendo sido el BSE autorizado oportunamente por el asegurado a obtener información sin restricciones, de los médicos y/o servicio de salud correspondientes, en relación a su estado de salud,* por este medio y en calidad de beneficiario del seguro contratado, solicito se le entregue a dicha institución copia de la historia clínica del asegurado de referencia.

Sírvase indicar del Beneficiario

Apellidos _____ Nombres _____

C.I. N° _____ Doc. extranjero Tipo _____ País _____ N° _____

Teléfono _____ Celular _____ Parentezco _____

Fecha de defunción del asegurado

Firma del Solicitante _____

Firma del Gerente o Responsable de la Sucursal del BSE _____