

	NOMBRE		CÓDIGO
	AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE RESULTADOS DE PATOLOGÍA		05-FT-057
	TIPO DE DOCUMENTO	PROCESO	VERSIÓN 001
	FORMATO	MISIONAL	

AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE RESULTADOS DE PATOLOGÍA

Yo _____, mayor de edad, identificado/(a) con cédula de ciudadanía (____) / cédula de extranjería (____) No. _____, mediante el presente documento autorizo libre, expresa, inequívoca y voluntariamente a SOCIMÉDICOS S.A.S., sociedad propietaria de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Clínica San Rafael, el envío de los resultados de patología y estudios relacionados al siguiente correo electrónico:

_____.

La presente autorización se otorga en el marco de la Ley 1581 de 2012, y de conformidad con la política de tratamiento de datos personales de SOCIMÉDICOS S.A.S., la cual se encuentra publicada en nuestra página web <https://www.ipsclinicasanrafael.com>.

Firma:	
Nombre:	
Identificación:	
Teléfono:	