

**AUTORIZACIÓN**

En Los Andes, con fecha \_\_\_\_\_ Yo \_\_\_\_\_  
con Cédula de Identidad numero \_\_\_\_\_, autorizo a Sr(a)  
\_\_\_\_\_, con cedula identidad numero  
\_\_\_\_\_, a retirar resultado de mis exámenes de  
\_\_\_\_\_ realizados en el día \_\_\_\_\_ en Clínica Río Blanco.

Adjunto a este poder, se presentará una fotocopia de mi Cédula de Identidad por ambos lados, y de la persona autorizada para retirar mis exámenes, con esto certifica la veracidad de este documento.

Asimismo, se compromete a firmar este documento y la liberación de responsabilidad que este contiene.

---

Firma Paciente

---

Firma persona autorizada

---

Recepción conforme de documento:

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre y firma del funcionario Clínica Río Blanco: \_\_\_\_\_