

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE EXPEDIENTE

Yo _____

portador (a) de la identificación N° _____ en calidad de

Solicitante/Asegurado: () Beneficiario () Asegurado, autorizo expresamente y en forma inequívoca al Bach. Walter Williams Araya, para consultar, recopilar y obtener una copia de toda la información contenida en los expedientes físico y digital del Sr.(a) _____ en cualquier centro hospitalario, clínica o consultorio ya sea privado o perteneciente a la Caja Costarricense del Seguro Social.

Lo anterior cuando dicha información se requiera en el proceso de trámite de cualquier reclamo interpuesto por parte de mis beneficiarios en caso de fallecimiento.

En caso de que el solicitante sea menor de edad, el suscrito autoriza la revisión de los expedientes físico y digital de: _____, cuyo parentesco con su persona es: _____.

Fecha: _____

Firma: _____

Cédula de identidad: _____

Indicar en cuales centros medicos fue atendido el asegurado.

HOSPITALES:

CLINICAS:

EBAIS: