

AUTORIZACIÓN DE FAMILIARES PARA REVISAR EXPEDIENTES MÉDICOS

Yo _____, cédula número _____, autorizo expresamente y en forma inequívoca a que los funcionarios que Seguros del Magisterio designe, para consultar y recopilar información contenida en los expedientes de mi: _____, (parentesco), quién en vida se llamó: _____, cédula número : _____, 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 trámite de cualquier reclamo interpuesto por defunción de mi familiar.

Asimismo detallo los centros donde fue atendido (a):

Firma: _____

Fecha: _____