



INTERHOSPITAL

Código: FCS-01

Versión: 1

Emisión: 16- Dic-2025

Guayaquil, _____

Señores

INTERHOSPITAL

Ciudad.-

Yo _____ con cc. _____ en calidad de paciente, hospitalizado(a) en Interhospital desde el _____ hasta el _____ del _____ solicito se me extienda una copia certificada de la documentación que detallo a continuación:

- Historia Clínica ☐
- Informe/Certificado Médico ☐

La documentación aquí expresamente requerida es para:

lo que declaro que, siendo uso apropiado de la misma, no debe afectar los legítimos intereses y prestigio de Interhospital, de lo que me responsabilizo expresamente.

AUTORIZACIÓN

Yo, _____ con c.c. _____ en mi calidad de paciente autorizo a _____ con c.c. _____ que es mi _____, para que realice los trámites necesarios y retiro de la documentación arriba solicitada.

Atentamente,

(FIRMA DE PACIENTE Y/O HUELLA PULGAR DERECHO)

c.c.

PERSONA AUTORIZADA

c.c

- Adjunto copia a color de mi cédula de ciudadanía ☐
- Adjunto copia a color cédula de ciudadanía de mi familiar autorizado ☐