



AUTORIZACIÓN CONSULTA DE HISTORIA
CLÍNICA PACIENTE

Código: FEC-FT-268

Versión: 003

Señores
FECOOMEVA

Yo _____ Identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. _____, autorizo al Fondo de Empleados de Coomeva -FECOOMEVA- para que acceda a la historia clínica radicada con la solicitud de _____ que se esta presentando ante FECOOMEVA.

El presente documento se firma el día _____ del mes _____ del año _____.

Atentamente,

Firma: _____

Nombre: _____

C.C.: _____