

## **AUTORIZACIÓN Y PODER PARA SOLICITAR FICHA CLÍNICA Y ANTECEDENTES MÉDICOS**

**Nombre del paciente:**

**RUT del paciente:**

**Teléfono del paciente:**

**Nombre del centro asistencial:**

**Nombre del médico tratante:**

**AUTORIZACIÓN:** Por medio de la presente, en los términos señalados en el artículo 13 de la Ley N°20.584, faculto a Mutual de Seguros de Chile para solicitar al centro asistencial individualizado precedentemente, como asimismo, a los servicios de salud, hospitales, clínicas, centros asistenciales y a cualquier otro prestador de acciones de salud, sea público o privado, la información contenida en la ficha clínica referida a mi persona.

En virtud de esta autorización, Mutual de Seguros de Chile podrá acceder a una copia de la totalidad de la ficha clínica, independientemente de si la información contenida en ella ha sido registrada por el centro asistencial individualizado precedentemente, o por algún otro prestador de acciones de salud, para efectos de integrar mi información de salud en conformidad con lo establecido en los artículos 12 u 13 de la Ley N°20.584.

Asimismo, Mutual de Seguros de Chile podrá acceder a todos los antecedentes médicos específicos relacionados con mi salud, que requiera en el marco del procedimiento de liquidación de siniestro iniciado según lo dispuesto por el Art. 61 del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de 1931, del Ministerio de Hacienda (DFL N° 251) y por el reglamento respectivo, aprobado por Decreto Supremo N° 1.055, de 2013, del Ministerio de Hacienda (DS N° 1.055).

**Fecha:**

**Firma del paciente**

**Firma Notario**