

Fecha: _____

Lugar: _____

De: Nombre: _____

Yo, _____, identificado con DNI N° _____, otorgo poder a
_____, identificado con DNI N° _____, para que actúe en mi
nombre y representación exclusivamente para recoger los resultados de mis exámenes
médicos en EsSalud.

Mediante la presente, autorizo a _____ a realizar la gestión de recoger los
resultados de los exámenes médicos que he realizado en EsSalud.

Firma:

Nombre: _____

DNI: _____

Firma:

Nombre: _____

DNI: _____