Fecha: _____

Lugar: _____

De: Nombre: _____

Yo, _____, identificado con DNI N° _____, otorgo poder a _____, identificado con DNI N° _____, para que actúe en mi nombre y representación en los trámites ante EsSalud.

Mediante la presente, autorizo a _____ para que realice todas las gestiones necesarias relacionadas con mis trámites en EsSalud. Esto incluye, pero no se limita a, recoger resultados de exámenes médicos, solicitar citas médicas, renovar la vigencia de inscripción, actualizar datos personales, obtener copias de mi historia clínica, tramitar el alta o baja de asegurados, gestionar reembolsos por gastos médicos, realizar el pago de aportes y presentar reclamos o quejas.

Este poder es de carácter amplio y general, y tendrá una vigencia desde la fecha de su firma hasta el _____. Durante este periodo, todas las acciones y decisiones tomadas por _____ en relación con los trámites especificados serán válidas y efectivas como si las hubiera realizado yo mismo.

Firma:

Nombre: _____

DNI: _____

Firma:

Nombre: _____

DNI: _____