



AUTORIZACION PARA RECOGER PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN INSTITUTO MADRILEÑO DE TRAUMATOLOGÍA

Nombre y Apellidos :

DNI:

AUTORIZO a

con DNI, a recoger documentación de las pruebas
diagnósticas que he realizado en este centro.

Fecha,

Firma de la persona autorizada

Firma del titular de la prueba

Nota: esta autorización tendrá que ir acompañada de la fotocopia del DNI del titular de la prueba (paciente)