



MIGRA
IMAGEN
UN NUEVO CONCEPTO EN SALUD

En _____ con fecha _____

Yo, _____

Cédula de Identidad _____

autorizo a _____

RUT _____

a retirar mis exámenes de _____

realizados en Centro Médico Migra Imagen Spa.

IMPORTANTE: adjunto a este poder, se presentará una fotocopia de mi **Cédula de Identidad** por **ambos lados**, que certifica la veracidad de este documento.

Firma paciente

Firma persona autorizada