

Estimado paciente:

De acuerdo a la ley N° 19.628 "Protección de datos de carácter personal" y al reglamento de laboratorios clínicos que garantiza la confidencialidad de los resultados de exámenes de laboratorio, será exigible la presentación de cédula de identidad -o pasaporte en caso de pacientes extranjeros- al momento de la atención con ingreso de datos personales al sistema informático de laboratorio, venta de bono electrónico o retiro de resultados de exámenes de laboratorio.

El retiro de resultados de exámenes podrá hacerse:

1.- A través de nuestra Web www.aclin.ch mediante N° correlativo y RUT de atención registrados en el "voucher" de atención. Para prevenir la pérdida del voucher con la información **se recomienda**

fotografiar el documento al momento de la atención.

2.- Personalmente con presentación de la cédula de identidad o pasaporte según sea el caso.

3.- Por otras personas -consignadas o no en el sistema informático por el paciente al momento de la atención- con presentación de **poder simple, autorizado y firmado por el paciente, respectivo voucher de atención, cédula de identidad del paciente original o fotocopia-, y cédula de identidad de quien retira**

Si el paciente es menor de edad:

1.- Retiro de resultados a través de nuestra página Web.

2.- Retiro efectuado por los padres, presentando su cédula de identidad, además de la del menor -original o fotocopia- o eventualmente el certificado de nacimiento del menor.

3.- Retiro por otras personas, presentando un poder simple **firmado por uno de los padres**, juntando voucher de atención, además de la **cédula de identidad original o fotocopia de quien autoriza, del niño y de quien retira**

PODER SIMPLE

Yo _____, Cédula de Identidad N° _____, autorizo a _____, Cédula de Identidad N° _____ para que en mi nombre y representación retire de la sucursal de laboratorio Aclin que corresponde, el resultado de los exámenes a que se refiere el voucher de atención adjunto. Exceptuando los exámenes confidenciales que la ley ordena retirar personalmente.

FIRMA DEL PACIENTE O DE QUIEN LO REPRESENTA SI ES MENOR DE EDAD: _____

FECHA: ____/____/____