

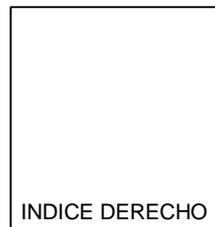


**CONSENTIMIENTO DE INFORMACION POR
INTERVENCION QUIRURGICA**

Yo,
en pleno conocimiento de mis actos en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción, AUTORIZO a la ASOCIACION MUTUALISTA DE TECNICOS Y SUB OFICIALES DEL EJERCITO DEL PERU "AMUTSEP", a solicitar informacion sobre mi operacion realizada el dia en el Hospital/Clinica
especialidad de la misma que se encuentra en mi historia clinica; dando a conocer si dicha intervencion quirurgica corresponde a cirugia mayor o cirugia menor.

Lima, de del

FIRMA :
POST- FIRMA :
DNI / CIP :



INDICE DERECHO