

ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE COMO REPRESENTANTE AUTORIZADO

Como representante autorizado, usted firma los documentos requeridos para la prueba.

Rellene el siguiente formulario para que le podamos identificar.

PACIENTE QUE SE VA A REPRESENTAR	
_____	_____
Apellidos, nombre	Fecha de nacimiento
REPRESENTANTE AUTORIZADO	
_____	_____
Apellidos, nombre	Fecha de nacimiento
_____	_____
Calle y número	Código postal, localidad

Número de teléfono	
Represento a la persona anteriormente indicada como:	
<input type="checkbox"/> Titular del derecho de custodia	<input type="checkbox"/> Tutor*
<input type="checkbox"/> Apoderado**	<input type="checkbox"/> _____

_____ Firma del representante autorizado***

Si firma un único titular del derecho de custodia (por ejemplo, uno de los padres), este declara con su firma que invoca el derecho de custodia legal de forma individual o que su representación se lleva a cabo de acuerdo con el otro titular del derecho de custodia.

* Debe adjuntarse el nombramiento como tutor.

** Debe adjuntarse el poder por escrito.

*** Si firma un único titular del derecho de custodia (por ejemplo, uno de los padres), este declara con su firma que invoca el derecho de custodia legal de forma individual o que su representación se lleva a cabo de acuerdo con el otro titular del derecho de custodia.