

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.cl](http://www.aclin.cl), mediante RUT/Pasaporte y N° correlativo de atención, registrados en el voucher de atención. Para prevenir la pérdida del voucher con esta información, **se recomienda fotografiar el documento al momento de la atención.**
- 2.- Personalmente, presentando cédula de identidad o pasaporte vigente, 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 Web [www.aclin.cl](http://www.aclin.cl).
- 2.- Retiro efectuado por los padres, presentando su cédula de identidad, además de la cédula de identidad 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**, adjuntando **voucher de atención**, además de la cédula de identidad -original o fotocopia- **de quien autoriza**, cédula de identidad **del menor** y cédula de identidad **de quien retira.**

### PODER SIMPLE

Yo \_\_\_\_\_,  
con cédula de identidad o pasaporte N° \_\_\_\_\_, autorizo a  
\_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_