

PODER

Yo, _____ Cédula de Identidad _____
domiciliado en _____ ciudad de
_____, comuna de _____, (en adelante el
“Paciente”) confiero poder especial a la empresa Sociedad de Servicios y Comercio
Salud y Vida SpA, RUT N° 77.394.197-1 para que actuando a mi cuenta y riesgo,
adquiera en el extranjero e interne al país el siguiente medicamento:
_____ recetado por el Dr. _____ y para que
realice todos los trámites derivados de la aplicación del artículo 24 del Decreto del
Ministerio de Salud N° 3, de fecha 25 de enero de 2010, que aprueba el Reglamento
del Sistema Nacional de Control de los Productos Farmacéuticos de Uso Humano o
de cualquier otro que sea necesario realizar en Instituto de Salud Pública ISP, a
nombre del Paciente y entregar lo indicado en la receta ya sea en mi domicilio o en la
institución de salud donde me encuentro internado
_____.

Firma Paciente _____

O

Tipo relación Consanguinea _____ Firma. _____

Fecha:

*En Caso que el paciente este inhabilitado para firmar, o sea menor de edad. Deberá completar el poder SOLO algún familiar consanguíneo