

SOLICITUD DE CLAVE SECRETA PARA PORTAL WEB

Nombre del Paciente	Apellidos	RUT
representado(a) por, Nombre		Apellidos
Rut	en adelante el "usu	ario", solicita a Clínica
Universidad de los Andes, en adelante la "Clínica", e acceso a la información y herramientas puestas a dis		
El usuario autoriza a la Clínica a que ponga a su información relacionada con su salud a través de exclusivo con su clave secreta.		
El usuario reconoce y acepta expresamente que la cl usuario decida utilizar una vez modificada la anteri identidad para la entrega de información por parte de	ior, corresponderá al medio	o de verificación de su
En virtud de lo anterior, la Clínica no se hace responsa o mal uso de la clave secreta. Es de exclusiva res adoptar las medidas de protección pertinentes; incluye provisoria que se le entrega luego de suscribir el pres	ponsabilidad del usuario m endo la activación de su cue	antenerla en reserva y
En caso de que el usuario sea el padre o madre del b sea menor de edad, la clave secreta será entregada su tutela legal, además presentando certificado de na	bajo la firma de ambos pad	
En caso de que el usuario sea el apoderado o represe de salud, se le hará entrega de la clave secreta siemp o privado otorgado ante notario dicha representación	ore y cuando acredite media	
El uso del Portal Web queda regulado por los Toconsultados en www.clinicauandes.cl , y cuyo conocingresar a dicho portal haciendo uso de dicha clave p	imiento y aceptación el usu	
	F:	
	Firma Usuario)