



**SWISS MEDICAL**  
M E D I C I N A P R I V A D A

**RESPONSABILIDAD DE MENORES DE 18 AÑOS**

Autorizo a **Swiss Medical SA** para que al menor .....

.....

Con DNI número .....

se le brinde atención médica, internación quirúrgica o cualquier prestación por parte de los profesionales o entidades reconocidas por la empresa.

**Firma del responsable**

**Aclaración:** .....

**DNI:** .....

**Parentesco:** .....