



## **AUTORIZACION PARA LA LIBERACION DE RECORDS**

Por medio de la presente autorizo sin precedentes la liberación de records a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Los records en su posesión, concnientes a mi hijo(a) y su enfermedad o tratamiento durante el siguiente periodo

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Representante Legal: \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_