

Paciente da su consentimiento para liberar registros meddicos por
correro

Paciente _____ Fech de Nacimiento _____

Paciente _____

Pacient numero de telefono paciente

Doy mi consentimiento para la liberacion de mi expediente medico a

Medico antera en la siguiente direccion

Al firma este formulario de consentimieto, yo autorizo a Family Health
Enterprise a reveral mi iformation de sauld. Ademas, entiendo que tengo
ninguna obligacion de firmar este formulario y han firmado este
formulario para documentar voluntariamente mis deseos con respento a
al divulgacion de mi expediente medico como se describio
anteriormente.

Fima del paciente

Dia