

**Meena Sathappan, MD**  
Aasha Pediatrics, Inc.  
1569 Lexann Ave, #230  
San Jose, CA 95121

Tel: (408) 274-9099  
Fax: (408) 274-9009  
doctor@aashapediatrics.com  
www.aashapediatrics.com

**La AUTORIZACION PARA la LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS**

A: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mande por favor copias verdaderas de la información siguiente a la Pediatría de Aasha, S.a. :

- |  |   |
|--|---|
| _____ Gráfico de hospital  | _____ Radiografie el Informe (informes) |
| _____ El Nacimiento Registra   | _____ Informe (informes) de Laboratorio |
| _____ Gráfico de Oficina   | _____ Registro (registros) de Vacuna    |
| _____ Los registros en el gráfico de médicos previos/las facilidades |   |
| _____ Otro: _____  |   |

Cualquier y toda información se pueden liberar, sino como específicamente indicado abajo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Con respecto a Nombre Paciente	La fecha del Nacimiento
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Rason por la cual requiere el expediente medico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Esta authorizacion esvalida un ano despues de la fecha en que firmo.**

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

El Nombre Impreso: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si no firmado por paciente, indica por favor la relación: \_\_\_ El padre o el guardián de paciente secundario  
\_\_\_ El representante personal de paciente secundario