La AUTORIZACION PARA la LIBERACÍON DE REGISTROS MÉDICOS

AASHA PEDIATRICS, INC.
2060 ABORN RD. , STE. 230
SAN JOSE, CA 95121-1584
Ph (408) 274-9099
Fx (408) 274-9009

A: _____

_____

_____

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

_____ Gráfico de hospital
_____ El Nacimiento Registra
_____ Gráfico de Oficina
_____ Los registros en el gráfico de médicos previos/las facilidades
_____ Otro: _____

_____ Radiografie el Informe (informes)
_____ Informe (informes) de Laboratorio
_____ Registro (registros) de Vacuna

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

_____

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

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