

SOLICITUD DIRIGIDA POR EL PACIENTE

*Indica un campo OBLIGATORIO

Completar este documento autoriza la divulgación y el uso de su información médica.

Si no brinda toda la información requerida, esta solicitud puede quedar anulada.

*Nombre del paciente: _____ N.° de expediente médico: _____

*Dirección: _____ *Fecha de nacimiento: _____

*Ciudad/Estado/Código postal: _____ Teléfono: _____