

ORAL SURGERY CENTER OF SANTA FE

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN

Paciente Nombre

Fecha

Doy autorizacion para divulgar la siguiente informacion;

_____ **Medico /Dental Archivos**

Le solicito que divulgue la información anterior a:

(Llenar nombre del Padre/Madre, Esposo/Esposa y otro)

Direccion/Calle

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Firma del paciente

Fecha

Revisado Por

Fecha