

**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