

DIVULGACION DE INFORMACIÓN

Yo, _____, por mi parte, doy mi permiso para divulgar mi información médica a los siguientes miembros de mi familia, amigos y médicos:

_____ relación: _____

_____ relación: _____

_____ relación: _____

_____ relación: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____

Fecha: _____