



Autorizacion Para Recibir Historial Medico

Estimado Dr. /Clinica _____

Telefono _____ Direccion _____

Yo, por medio Del presente formulario autorizo que mi historial medico sea enviado a la Dr. Olga Gomez Children's Clinic.

_____ Historial medico complete & registro de vacunas

_____ Historial medico de _____ a _____ solamente

_____ Otro, especifique

Para el siguiente paciente

Nombre _____

Fecha De Nacimiento _____

La razon o el proposito de esta liberacion son

Firma _____ Fecha _____

(Paciente o persona autorizada legalmente para dar su
Consentimiento en nombre Del paciente.)

Dr. Olga L. Gomez Children's Clinic
Phone (956) 969-1313 Fax (956)969-1322
910 E 8th Street suite 3 Weslaco, Tx 78596