



Autorización para Obtener Réconds Médicos

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

Réconds Médicos con Vacunas: _____
Sólo Réconds Médicos: _____

Nombre de Clínica Anterior: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Please mail or fax* Healthy Kids R Us
Information to:
11 Dunwoody Park Ste 190
Dunwoody, GA 30338
Phone: 770-558-3150
Fax: 770-558-3511

Autorizo se comparta la información médica del paciente, hasta por 18 meses de firmada, pudiendo quedar sin efecto a solicitud mediante carta. La información ya compartida no se verá afectada

Firma del padre o guardian: _____
Nombre del padre o guardian: _____
Fecha: _____