



### 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: \_\_\_\_\_