



**OFICINA MEDICA  
AUTORIZACION DE MENSAJE**

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a **Delta Pediatrics**, sus representantes, medicos, y personal, para dejar un mensaje relacionado con mi cuidado medico en un registrador en los numeros de telefono siguientes:

Yo entiendo que esta autorizacion es voluntaria y que puedo rechazar firmar. Yo entiendo que puedo revocar esta autorizacion a cualquier momento no firmando en el espacio señalado.

Revoco por este medio esta autorizacion.

Casa: \_\_\_\_\_

Empleo: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Autorizado:**

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guarda

**\* Si el paciente es menor de 18 años de edad, el padre o el guarda legal debe firmar\***