



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*