



“Terapia física y ocupacional con experiencia”

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

Por la presente autorizo la publicación de todos o cualquier informe, notas de progreso y cualquier otra información con respecto a mi tratamiento en ReBound PT OT & Hand Terapias para:

_____.
(Médico, abogado, compañía de seguros, propio, etc.)

Testigo

Firma del paciente

Fecha

Escriba el nombre del paciente en
letra de imprenta