



Autorización Medica de Estreno

Yo autorizo a las siguientes personas para recibir los resultados de los exámenes y también entiendo que la información relacionada con el examen y diagnostico del HIV o AIDS puede estar contenida en esta información.

1. _____ Parentesco _____

2. _____ Parentesco _____

3. _____ Parentesco _____

Firma de Guardián

Fecha

Yo no doy autorización a ninguna persona para recibir resultados de exámenes, o historial medico.

Firma de Guardián

Fecha

No autorizo a los médicos o personal responsable de South Alamo Medical Group de mostrar la información contenida aquí sin mi firma.

Bajo ninguna circunstancia se harán cambios verbalmente

Firma de Guardián

Fecha

Downtown
740 South Alamo
S.A. Tx 78205

Pediatrics
7355 Barlite #201
S.A. Tx 78224

Southside
7355 Barlite #301
S.A Tx 78224

Southeast
4203 E. Southcross
S.A. Tx 78222

Northwest
9215 Westover Hills
S.A. Tx 78251