



AUTORIZACIÓN MEDICA

Usted esta autorizado a reveler a mi compañía de empleo cualquier y toda información, hechos y particulares, cual podrian ser pedidos con respecto a mi condicion fisica y/o tratamientos recibidos y permitir a mi compañía de empleo y cualquier persona designada por mi compañía de empleo a examiner todas las radiografías (rayos X) o archivos con respecto a mi condicion fisica o tratamientos y obtener copias de dichos archivos.

Fecha

Firma del Empleado