



www.dapedes.com

Autorizacion de liberacion de registro

Para: _____

POR LA PRESENTE LE AUTORIZO Y SOLICITO QUE PUBLIQUE REGISTROS A:

Francis J. DeVito, M.D. F.A.A.P.
Janel H. Zacchilli, D.O., F.A.A.P.
Christina Lopez, D.O., F.A.A.P.
Sophia Vetri, DNP-PC

Leslie T. Alvarado, M.D., F.A.A.P.
Katherine B. Schaller, M.D., F.A.A.P.
Eva Gomolinski, M.D., F.A.A.P.
Danielle DeCesare, PA-C

8008 Third Avenue
Brooklyn, NY 11209
(718) 833-3636 Tel
(718) 833-2432 Fax

3142 Victory Blvd
Staten Island, NY 10314
(718) 982-1136 Tel
(718) 982-1137 Fax

POR FAVOR, LIBERE TODOS LOS REGISTROS MEDICOS EN SU PODER

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FCH.N. _____

DIRECCION: _____

FIRMA: _____

RELACION: _____ FECHA: _____

