



San salvador, ____ de _____ del _____

Señor Director del
Hospital Militar Central
Ciudad

HOJA DE AUTORIZACION PARA INSCRIPCON
DE GRUPO FAMILIAR

Yo _____

Por la presente autorizo a mí: _____

(PARENTESCO)

(1er NOMBRE)

2do (NOMBRE)

(1er APELLIDO)

(2do APELLIDO)

Para que sea inscrito (a) en el departamento de Estadísticas y Documentos Médicos y pueda recibir atención médica en este centro.

FIRMA

GRADO Y NOMBRE

N° DE EXPEDIENTE CLINICO DEL SOLICITANTE