

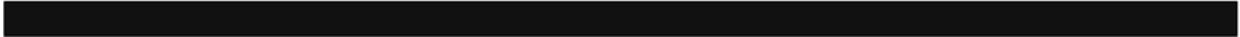


Nombre del Paciente(s): _____

Esto es para certificar que yo, _____, he recibido una copia del

Acta de Practica Privada.

Firma: _____ Fecha: _____



Yo, _____ (nombre en letra do molde) autorizo a
las siguientes personas

_____ (nombre de la persona y relacion con el paciente) y

_____ (nombre de la persona y relacion con el paciente) a

traer a mi hijo _____ (nombre del nino en

letra de molde), al Dr, Kenawy para cuidado medico y tratamiento durante mi ausencia.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Relacion con el paciente: _____

Presenciado por:

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____