

Universidad de Puerto Rico
Recinto Universitario de Mayagüez
Centro de Desarrollo Pre Escolar RUM

Forma de autorización para tener acceso al expediente de salud del niño/niña

Nombre del niño/niña: _____

Salón: _____

| Nombre | Relación con el niño/niña |
|--------|---------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Autorizado por (padre, madre o encargado)

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____

Fecha: _____