

AUTORIZACION A QUE SE REVELE INFORMACION CONFIDENCIAL

Yo, _____, solicitante para la Residencia en Medicina de Familia del Manatí Medical Center, localizado en Manatí, Puerto Rico, por la presente autorizo a representantes de dicho Programa a que obtengan información correspondiente de parte de entidades o individuos que hayan sido mis patronos o con quienes yo haya trabajado.

Estoy consciente que dicha información será utilizada por el Comité de Admisiones del Programa de Residencia en Medicina de Familia del Manatí Medical Center, de Manatí, para el único propósito de evaluar mi solicitud a dicho Programa.

Por la presente también autorizo a mis patronos anteriores o personas con quien yo haya trabajado a divulgar información sobre mi persona y la forma en que trabajé con ellos a representantes autorizados del Programa de Residencia en Medicina de Familia del Manatí Medical Center.

Por la presente relevo de responsabilidad alguna tanto a mis patronos anteriores como a las personas con quien yo haya trabajado anteriormente, así como también al Programa de Residencia en Medicina de Familia del Manatí Medical Center de cualquier responsabilidad que surja debido a la divulgación de dicha información. **PARA QUE ASI CONSTE**, firmo la presente autorización en _____, Puerto Rico, hoy día _____ de _____ de _____.

Firma del Solicitante

*La Ley Federal Número 91-508 establece que le indiquemos acerca de la investigación de rutina que haremos preliminarmente para obtener información de sus patronos anteriores y de las Instituciones Educativas donde usted haya estado.