



PARTE 3 AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

TO: _____
Nombre del médico u hospital

dirección

Esto le servirá como autorización para divulgar información a la Liberty Utilities (CalPeco Electric) LLC ("Liberty") con respecto a mi condición física o discapacidad.

FECHA este _____ día de _____, 20__.

nombre

dirección