



## 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