



Archivos Memoriales de Margaret H. McAllen
REGISTRO DE INVESTIGACIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____

Institución/ Organización / Compañía: _____

VRB Dirección Local: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Números de Teléfono:

Casa: _____ Trabajo: _____

FAX: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Residencia Permanente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Referido Por: _____

Tema y Época de Investigación: _____

Enfoque de Investigación: _____

Razón por Investigación:

Breve Encuesta Personal Estudio Personal Detallado

Orden Fotográfica Análisis a Largo Plazo

Estudi Genealógico Publicación o Ensayo

Si es posible, nombre colección / registros necesitados:

Tome en cuenta que cualquier información de investigación retenida por los Archivos es considerada información privada, pero puede ser pedida por y dada a las autoridades legales. Por la seguridad y protección de nuestros únicos y valiosos materiales este registro y la tabla en el reverso serán llenadas y retenida siempre que materiales de archivo sean recuperados.

He leído las Reglas de El Cuarto de Lectura y estoy de acuerdo a cumplir con ellas. Seré responsable conforme a los derechos de autor y los derechos de propiedad intelectual.

Firma: _____ Fecha: _____

Esta página será llenada por personal del museo.

Nombre de patrón: _____

Tipo de ID: _____ Número: _____

Fecha de caducidad: _____ Iniciales de personal: _____

Iniciales	Fecha	Artículo Usado (Número de llamada, colección, caja, carpeta)	Copias Echadas

Al inicialar cada reglón reconozco que he recibido los materiales indicados.

Firma: _____