

Midwest OB/GYN & Midwifery

Consentimiento Para Dar Información

Por la ley de privacidad HIPPA, necesitamos su permiso para dar su información médica.

Favor de circular SI o NO:

SI NO Para dejar información medica en su buzón de mensajes.

SI NO Para dejar mensajes en referencia a sus citas en su buzón de mensajes.

Su numero de teléfono: _____

Favor de apuntar los nombres de las personas con quienes podemos hablar en referencia a sus resultados o información medica.

Nombre: _____
Numero Telefónico _____
¿Quién es? (Mamá, Esposo, etc.) _____

Nombre: _____
Numero Telefónico _____
¿Quién es? (Mamá, Esposo, etc.) _____

Su Nombre de Usted: _____

Su Firma _____

La Fecha _____