

**LAS COLINAS OBSTETRICS-INFERTILITY ASSOCIATION, P.A.**

**3501 N. MacArthur, Suite 350**

**IRVING, TX 75062**

**Office: (972) 257-5300**

**Fax: (972) 257-5322**

Yo \_\_\_\_\_, doy permiso al Dr. John J. Zavaleta, M.D.,  
a sus asociados o empleados dar informacion en referencia a mi expediente  
clinico, o facturas a \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ACTA DE CONFIDENCIALIDAD**

Se me ha notificado y estoy enterada del acta de confidencialidad de esta  
oficina. La cual explica como mi informacion medica sera usada. Entiendo  
que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma De La Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Paciente o Representatne Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Discripcion de La autoridad del Representante Personal