

LAS COLINAS OBSTETRICS-GYNECOLOGY-INFERTILITY ASSOCIATION, P.A.  
3501 N. MacARTHUR BLVD., 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 esata  
oficina. La cual explica como mi informacion medica sera usada. Entiendo  
que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Feche

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Descripcion de La autoridad Del Representante Personal