

LAS COLINAS OBSTETRICS-GYNECOLOGY-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 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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o Representante Personal

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