



LA INFORMACION PACIENTE

El nombre _____ La fecha _____
La dirección _____ Teléfono _____
La ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Ocupación _____ Trabajo Teléfono _____
La fecha del Nacimiento _____ El Número del seguro social _____
 Casado Solo Divorciado Enviudado Separado
El esposo _____ Teléfono _____
El Contacto
de la emergencia _____ Teléfono _____

El doctor _____ Teléfono _____
El tipo de Doctor: ObGyn El Médico de la familia Otro (especifique) _____

La Información del seguro

El nombre De Empleado _____ La relación Al Paciente _____
El nombre De la Compañía del Seguro _____ Teléfono _____
La Dirección de Facturar de seguro _____
El nombre De Empleador _____ Teléfono _____
La Seguridad social de Empleado _____ El grupo O el Plan # _____

La Información adicional del Seguro (si aplicable)

El nombre De Empleado _____ La relación Al Paciente _____
El nombre De la Compañía del Seguro _____ Teléfono _____
El nombre De Empleador _____ Teléfono _____
La Seguridad social de Empleado _____ El grupo O el Plan # _____

Yo por la presente autorizo la liberación de información necesaria a mi asiste a médico. Yo por la presente autorizo la liberación de información necesaria para asegurar el pago de beneficios por mi compañía del seguro. Entiendo que yo no soy financieramente responsable de todo carga si o pagado por mi seguro. Autorizo el uso de esta firma en todas sumisiones del seguro.

La Firma paciente: _____



Fecha: _____



THE Fetal & Women's Center of Arizona



Perinatal & Women's Center

EL EMBARAZO Y EL CUESTIONARIO DE LA HISTORIA DE LA FAMILIA

Aunque la mayoría de los bebés nazcan saludable, hay un riesgo de línea de juego para defectos de nacimiento en cada embarazo. Un personal médico y la historia de la familia se toman para determinar si hay factores adicionales del riesgo en el embarazo. Sus respuestas serán revisadas por el consejero genético/médico y discutidos con usted durante su cita.

La Información paciente

El nombre: _____

La fecha del nacimiento: _____

El padre de la Información de Bebé

El nombre: _____

La fecha del nacimiento: _____

LA HISTORIA ACTUAL DEL EMBARAZO

La fecha de último período de menstrual: _____

La fecha esperada de la entrega es _____ y se basa en (el círculo uno) dura el período de menstrual, la fecha de la concepción, el tratamiento de la fecundidad, ultrasonido temprano.

¿Tuvo usted el tratamiento de la fecundidad? Sí No Si sí, qué tipo? ¿_____?
¿Usted usó los huevos de donante? Sí No Si sí, la edad de donante? _____

¿Durante este Embarazo, usted ha tenido o ha usado cualquiera del siguiente?

El alcohol	Sí	No	Sangriento o marcar	Sí	No
Los cigarrillos	Sí	No	La Fiebre alta (más de 101)	Sí	No
Las Drogas recreativas	Sí	No	Las infecciones/los sarpullidos	Sí	No
Las radiografías	Sí	No	¿Otro concierne?	Sí	No
Los ataques	Sí	No			

Si sí, explica por favor: _____

Liste todo medications usted ha tomado desde que bonito embarazada: _____

¿Experimenta actualmente usted alguna complicación? _____

¿Ha tenido usted cualquier selección del embarazo completada en este embarazo: Primero trimestre o segundo trimestre ((, triple, o de cuadratura) pantalla? ¿Si ése es el caso, probar cuándo se realizó? _____

¿Durante este embarazo, usted ha tenido cualquier ultrasounds adicional hecho? _____

¿Qué es su entiende del propósito de la cita actual? _____

LA HISTORIA PREVIA DEL EMBARAZO

El número total de embarazos (inclusive esto uno) _____ El número de stillbirths _____



THE Fetal & Women's Center of Arizona

Dedicated to Prenatal Diagnosis, Counseling and Women's Ultrasound

El número total de entregas _____ El número de abortos _____
El número de entregas prematuras (<36 gestación de semanas) _____
Number of ectopic pregnancies _____
El número de entregas de cesárea _____ El número de abortos _____

¿Experimentó usted cualquier complicación en cualquiera de sus embarazos previos diabetes tal como alto de gestacional, de la presión de sangre, del trabajo prematuro, de cerviz incompetente, o de los defectos del nacimiento? Si sí, explica por favor: _____



El Cuestionario de la Historia de la familia pagina 2. El nombre del paciente: _____

LA HISTORIA MEDICA

¿Tiene usted diabetes?	Sí	No
¿Es tratado usted para el epilepsia (ataquees)?	Sí	No
¿Tiene usted la presión alta de sangre o problemas de corazón?	Sí	No
¿Tiene usted la enfermedad de tiroides?	Sí	No
¿Tiene el padre del bebé cualquier salud concierne?	Sí	No

Si sí, explica por favor: _____

LA HISTORIA DE LA FAMILIA

¿Es adoptado usted?	Sí	No
¿Es adoptado el padre del bebé?	Sí	No
¿Usted es y el padre del bebé relacionado por sangre uno al otro (=: primero primos)?	Sí	No

¿Tiene el padre del bebé a cualquier niño adicional de una relación previa? Si sí, lista por favor sus edades y cualquier salud concierne: _____

¿Hay personal o la historia de la familia de las condiciones siguientes en su familia o el padre de la familia de bebé? (Considera por favor siblings, las sobrinas, los sobrinos, los padres, las tías, los tíos, primero primos y abuelos)

Autismo	Sí	No	Los ataquees o epilepsia	Sí	No
Retraso mental	Sí	No	La ceguera en una edad joven	Sí	No
Síndrome X frágil	Sí	No	La pérdida que oye en una edad joven	Sí	No
Abajo síndrome (Trisomy 21)	Sí	No	Sangriento/los desórdenes que se coagulan	Sí	No
Otras anormalidades del cromosoma	Sí	No	Cystic fibrosis	Sí	No
Spina bifida/bifida	Sí	No	La enfermedad de la célula de la hoz	Sí	No
El defecto del corazón en el nacimiento	Sí	No	Thalassemia	Sí	No
El labio o paladar hendidos	Sí	No	Ató la enfermedad de Tay	Sí	No
Hydrocephalus	Sí	No	La enfermedad del riñon	Sí	No
Otro nacimiento deserta	Sí	No	Dwarfism	Sí	No
Tres o más abortos	Sí	No	Dystrophy muscular	Sí	No
Stillbirth	Sí	No	El diagnóstico del cancer <50 años	Sí	No
El niño/la muerte de niñez	Sí	No			

Si sí, explica por favor: _____

¿Tiene usted cualquier historia de la familia de enfermedades hereditarias o condiciones genéticas? _____

¿Otro concierne? _____

LA ASCENDENCIA

En cada población, ciertas condiciones hereditarias ocurren más frecuentemente que en otros. En algunos casos, probar está disponible determinar si una pareja está en un riesgo aumentado para tener a un niño con ciertas condiciones. Indique por favor su fondo étnico abajo.

La Ascendencia paciente:

El americano europeo (Caucásico)	Sí	No
El americano africano/Negro	Sí	No
Hispanic	Sí	No
Francés canadiense, Cajun	Sí	No
Judío	Sí	No
El italiano, el griego, Mediano Oriental	Sí	No
El asiático, el indio, asiático Central	Sí	No

El padre de la Ascendencia de Bebé:

El americano europeo (Caucásico)	Sí	No
El americano africano/Negro	Sí	No
Hispanic	Sí	No
Francés canadiense, Cajun	Sí	No
Judío	Sí	No
El italiano, el griego, Mediano Oriental	Sí	No
El asiático, el indio, asiático Central	Sí	No



THE Fetal & Women's Center of Arizona

Dedicated to Prenatal Diagnosis, Counseling and Women's Ultrasound

El americano nativo Sí No
Otro _____

El americano nativo Sí No
Otro _____

La firma paciente: _____

Revisado por: _____

La fecha: _____

La fecha: _____



THE Fetal & Women's Center of Arizona

PWC Perinatal & Women's Center

A NUESTROS PACIENTES:

El siguiente es una explicación de nuestras normas con respecto a cuentas de paciente. Tome por favor el tiempo de leer estas normas, cuando ellos describirán sus responsabilidades para el manejo de su cuenta. Si usted se siente que usted necesita información o explicación adicionales con respecto a estas normas, nuestro director será contento contestar que cualquiera pregunta.

Perinatal & las cargas Centrales de Mujeres en una base del honorario para servicio. Nosotros nos sometemos nuestros servicios a su compañía del seguro como una cortesía a usted. Sin embargo, usted no es responsable del equilibrio de la cuenta y ninguna porción pagado por su seguro. Notifíquenos por favor de cualquiera cambiamos en su plan del seguro o el alcance tan pronto como sea posible ayudarlo en beneficios recipientes de su seguro. Si usted es un paciente que auto pagando, usted será requerido a pagar por sus visitas de la oficina y procedimientos en el tiempo del servicio. El escritorio anterior será feliz de proporcionarlo con una estimación de las cargas.

Usted recibirá una declaración cada mes permitiendo que usted sabiendo la actividad y el equilibrio en su cuenta. Cuándo su cuenta llega a ser 60 días vencidos, usted es responsable de las cargas. En este tiempo, nosotros pedimos que usted haga el pago en repleto. Usted necesitará avisar su portador del seguro para averiguar por qué ellos no han hecho el pago.

Una carga mensual que factura de \$10.00 será aplicada a su cuenta después de 60 días por cada fecha sobresaliente del servicio. Un casto de servicio de \$25.00 se agregará en todos cheques vueltos.

LA ACEPTACION DE TERMINOS

Certifico que he leído y he entendido completamente las normas de Perinatal & el Centro de Mujeres. Yo me doy cuenta que yo no soy responsable de mis cargas y que ninguna colección de honorarios de abogado será cargada a mí en el caso que mi cuenta pagado repleto como descrito en los términos y condiciones arriba.

La firma (paciente o partido legalmente responsable)

Fecha

LA TAREA DE BENEFICIOS

Autorizo Perinatal & el Centro de Mujeres para facturar mi compañía del seguro y para recibir los pagos en mi beneficio de ellos. Autorizo al médico para liberar información requerida para archivar las formas necesarias de reclamo al seguro.



THE Fetal & Women's Center of Arizona

Dedicated to Prenatal Diagnosis, Counseling and Women's Ultrasound

La firma del partido legalmente responsable

Fecha

LA RENUNCIA DE LA TAREA DE BENEFICIOS

Entiendo no firmar el encima de la tarea de beneficios, yo seré responsable de 100% de todo carga contraído en el tiempo del servicio.

La firma del partido legalmente responsable

Fecha



**THE Fetal & Women's
Center of Arizona**



**PWC Perinatal &
Women's Center**

Comprobación de seguro

Información Paciente

El Nombre paciente _____

La Fecha paciente del Nacimiento: _____

La Información del seguro

La Compañía del seguro _____

La identificación del miembro # _____ El grupo # _____

El Servicio del cliente/Teléfono de servicio # _____

Cuándo nosotros facturamos su compañía del seguro, deducible y las cargas de coaseguro aplicarán. Cualquier pago que usted hace en su visita será acreditado a su cuenta. Una vez el pago de marcas de compañía de seguro, usted será responsable de cualquier y todos equilibrios restantes.

*Un cuidado de la salud deducible es la cantidad que usted debe pagar primero antes su seguro hará cualquier pago. Por ejemplo, si usted tiene un deducible de \$\$, y el costo de los servicios médicos son \$\$, usted (no su compañía de seguro) será responsable de \$\$\$. Su compañía del seguro descuenta esta cantidad de su deducible, y usted tendría un equilibrio de \$700 que permanece. Una vez que usted ha reunido la cantidad repleta de su \$1500 deducible, su compañía del seguro entonces hará el pago en visitas futuras a cualquier proveedora del cuidado de la salud. El deducible debe ser pagado cada año, ENERO de 1 generalmente comenzando.

**Una vez su deducible es reunido, muchas compañías del seguro todavía no pagan 100% del costo del cuidado del salud. Si eso es el caso usted tendría un coaseguro, que es un pago parcial requerido por usted además de lo que la compañía del seguro



THE Fetal & Women's Center of Arizona

Dedicated to Prenatal Diagnosis, Counseling and Women's Ultrasound

pagará. Puede ser de 10-50% de la cantidad permitida hasta que usted haya acumulado cuentas bastante médicas para reunir su anual fuera de máximo de bolsillo.

*** Esto es una porción **estimada** que es debida. Avisamos su compañía del seguro y desgraciadamente nosotros no sabemos exactamente lo que su seguro cubrirá o lo que usted será facturado hasta que su reclamo se procesado.

Si usted tiene cualquiera pregunta considerando sus responsabilidades financieras preguntan por favor o llaman nuestro departamento que factura en (888) 279-8040

La Firma paciente _____

Fecha _____



THE Fetal & Women's
Center of Arizona



Perinatal &
Women's Center

El Consentimiento paciente - OB

- Ultrasonido de prenatal es un método poderoso de evaluar el feto de unborn. La mayoría vasta de defectos de nacimiento ocurre en pacientes sin una historia de la familia u otros factores conocidos del riesgo. Experimentando este ultrasonido, yo entiendo que soy probable de estar alentando y confirma el desarrollo normal, pero entiendo también que esos defectos del nacimiento se pueden discernir ocasionalmente.
- Ciertos hallazgos de ultrasonido de "marcador" se pueden ver también en la minoría de fetuses normal. Mientras algunos de estos hallazgos pueden aumentar levemente el riesgo de hacia abajo síndrome u otros defectos de nacimiento, ellos generalmente no son importantes en cuál el caso ellos pueden causar la ansiedad innecesaria.
- Dr. Nyberg es un perito internacional en el ultrasonido de obstétrico y defectos de nacimiento de fetal. El continúa conducir investigación clínica para mejorar además la certeza de métodos diagnósticos. Reconozco mi consentimiento para tomar parte en investigación clínica tan largo como toda información paciente es anónimo (mi nombre no será dado a otros).



THE Fetal & Women's Center of Arizona

Dedicated to Prenatal Diagnosis, Counseling and Women's Ultrasound

- Para el control de la calidad y a ir investigación clínica, yo concuerdo que yo o mi oficina de médico nos podemos ser avisados en una fecha posterior determinar el resultado de este embarazo.

- La correlación con pruebas de sangre u otra información puede ser útil en interpretar el ultrasonido. Doy el consentimiento a mi médico o laboratorios para liberar toda información que puede participar en interpretación de mi ultrasonido.

- Un ultrasonido de obstétrico a menudo requiere los métodos de ultrasonido de ancillary incluyendo, pero no limitados a, ultrasonido 3D, transvaginal escudriña, y los estudios de Doppler. Entiendo que estos exámenes de ancillary tendrán como resultado las cargas adicionales a la compañía del seguro. Las pruebas de la sangre y honorarios consultadores pueden aplicar también cuando indicaron.

LA FIRMA _____ FECHA _____



THE Fetal & Women's
Center of Arizona



Perinatal &
Women's Center

LA NOTA DE LA INTIMIDAD PRACTICA (NPP)

Esta nota describe información cuán médica acerca de usted se puede usar y puede ser revelada y cómo usted puede obtener el acceso a esta información. Revíselo por favor detenidamente.

El Perinatal & el Centro de Mujeres de Arizona respeta su intimidad. Entendemos que usted información personal de salud es muy sensible. Nosotros no revelaremos su información a otros a menos que usted nos dirá para hacer así, o a menos que la ley autoriza o nos requiere a hacer así.

La ley protege la intimidad de la información de la salud nosotros creamos y obtenemos a proporcionar nuestro cuidado y los servicios a usted. Por ejemplo, su ha protegido la salud información incluye sus síntomas, los resultados de la prueba, diagnostican, el tratamiento, información de salud de otro providers, y de facturar y relacionar de información de pago a estos servicios. Federal y la ley del estado permite nosotros usar y revelar que su ha protegido la salud información para propósitos del tratamiento y operaciones de cuidado de salud. La ley del estado nos requiere a obtener su autorización para revelar esta información para propósitos de pago.

Los ejemplos del Uso y Revelaciones de Información Protegida de Salud para el Tratamiento, para el Pago, y para las Operaciones de la Salud:

Para el tratamiento:

- La información obtenida por un technologist, el médico u otro miembro de nuestro equipo del cuidado de la salud serán registrados en su registro médico y usado para ayudar decide que qué cuidado puede tener razón para usted.
- Podemos proporcionar también información a otros que proporcionan su cuidado. Esto los ayudará permanecen informado acerca de su cuidado.



THE Fetal & Women's Center of Arizona

Dedicated to Prenatal Diagnosis, Counseling and Women's Ultrasound

Para el pago:

- Solicitamos el pago de su plan del seguro de la salud. La salud planea información de necesidad de nosotros acerca de su cuidado médico. La información proporcionada a planes de salud puede incluir su diagnostica, los procedimientos el cuidado realizado o recomendado.

Para operaciones de cuidado de salud:

- Usamos sus registros médicos para valorar la calidad y mejorar los servicios.
- Podemos usar y poder revelar los registros médicos revisar las salvedades y el desempeño de nuestro providers del cuidado de la salud y para entrenar nuestro personal.
- Nosotros lo podemos avisar para recordarlo acerca de citas y le da información acerca de alternativas de tratamiento u otros beneficios y acerca de los servicios relacionados de la salud.
- Podemos usar y poder revelar su información para conducir o arreglar para servicios, incluyendo:
 - la revisión médica de la calidad por su plan de la salud;
 - contabilidad, legal, la administración del riesgo, y el seguro atienden a;
 - la revisión funciona, inclusive el descubrimiento del fraude y el abuso y programas de conformidad.

Sus Derechos de la Información de la Salud

La salud y facturar registran creamos y almacenamos son la propiedad de la práctica. La información protegida de la salud en lo, sin embargo, pertenece generalmente a usted. Usted tiene un derecho a:

- Reciba, lea, y haga preguntas acerca de esta Nota
- Pida que nosotros restrinjamos ciertos usos y las revelaciones. Usted debe entregar este pedido a escribir a nosotros. Somos no requiere a otorgar el pedido, pero nosotros nos conformaremos con ningún pedido otorgado.
- Solicite y reciba de nosotros una copia de papel de la Nota más actual de Prácticas de Intimidad para la Información "(nota)" Protegida de la Salud.
- El pedido que usted sea permitido ver y obtener una copia de su ha protegido la salud información.
- Usted puede hacer este pedido a escribir.
- Que nosotros revisamos una negación del acceso a su información de la salud menos en ciertas circunstancias.
- Pida que nosotros cambiemos su información de la salud. Usted nos puede dar este pedido a escribir. Usted puede escribir una declaración del desacuerdo si su pedido se niega. Se almacenará en su registro médico, e incluido con cualquier liberación de sus registros.
- Cuando usted solicita, nosotros le daremos una lista de revelaciones de su información de la salud. La lista no incluirá las revelaciones al payors del partido del tercero. Usted puede recibir esta información sin la carga una vez cada 12 meses. Nosotros lo notificaremos del costo implicó si usted solicita esta información más de una vez en 12 meses.
- Pida que su información de la salud sea dada a usted por otro significa o en otra ubicación. Por favor signo, la fecha, y nos da su pedido a escribir.
- Cancele las autorizaciones previas usar o revelar información de salud dandonos una revocación escrita. Su revocación no afecta información que se ha liberado ya.
- También no afecta ninguna acción tomada antes nosotros lo tenemos. A veces, usted no puede cancelar una autorización si su propósito debía obtener el seguro.
- Para la ayuda con estos derechos durante horas normales de negocio, por favor contacto: Perinatal y el Centro de Mujeres de Arizona, Oficial de Intimidad, 480-756-6000.

Continuado



THE Fetal & Women's
Center of Arizona

PWC Perinatal &
Women's Center

Nuestras Responsabilidades

que somos requeridos a:

- Mantenga su ha protegido la salud información privada
- Dele esta nota
- Siga los términos de esta nota

Tenemos el derecho de cambiar nuestras prácticas con respecto a la información protegida de la salud que mantenemos. Si hacemos los cambios, nosotros actualizaremos esta Nota. Usted puede recibir la copia más reciente de esta Nota llamando y pidelo o visitando nuestra oficina para escoger uno arriba.

Para Pedir Ayuda o se Queja

Si usted tiene las preguntas, quiera que más información, o la necesidad informe un problema acerca del manejo de su ha protegido la salud información, usted puede avisar nuestro Oficial de la Intimidad en 480-756-6000.

Si usted cree que sus derechos de la intimidad se han violado, usted puede discutir su concierne con cualquier miembro del personal. Usted puede entregar también una queja escrita al Oficial de la Intimidad en nuestra oficina. Usted puede archivar también una queja con los EE.UU. El secretario de la Salud y el Humano Atiende a. Respetamos su derecho de archivar una queja con nosotros o con los EE.UU. El secretario de la Salud y el Humano Atiende a. Si usted se queja, nosotros no vengaremos contra usted.



THE Fetal & Women's Center of Arizona

Dedicated to Prenatal Diagnosis, Counseling and Women's Ultrasound

La notificación de la Familia y Otros

- A menos que usted se oponga, podemos liberar la salud información acerca de usted a un miembro del amigo o la familia que es implicado en su cuidado médico. Podemos dar también información a alguien que ayuda paga por su cuidado. Además, podemos revelar información de salud acerca de usted participar en los esfuerzos del alivio del desastre.
- Usted tiene el derecho de oponerse a este uso o la revelación de su información. Si usted se opone, nosotros no usaremos ni lo revelaremos.

Podemos usar y poder revelar que su ha protegido la salud información sin su autorización como seguir:

- **Con Investigadores Médicos.** Si la investigación se ha aprobado y tiene las normas para proteger la intimidad de su información de la salud. Podemos compartir también información con investigadores médicos que preparan para conducir un proyecto de investigación.
- **A Directores de Funeral/Directors** consistente con la ley aplicable permitir que ellos llevarse a cabo sus deberes.
- **A Organizaciones de Adquisición de Organo (el donativo del tejido y el trasplante)** o las personas que obtienen, la tienda, u órganos de trasplante.
- **Al Alimento y relacionar de Administración (FDA)** de Droga a problemas con alimento, con los suplementos, y con los productos.
- **Para Conformarse con las Leyes de la Compensación de Trabajadores** si usted hace un reclamo de la compensación de trabajadores.
- **Para Propósitos Públicos de Salud y Seguridad Permitió como o Requirió por la Ley:**
 - para prevenir o reducir una amenaza grava e inmediata a la salud o la seguridad de una persona o el público
 - a la salud pública o autoridades legales
 - para proteger la salud y la seguridad públicas
 - para prevenir o controlar la enfermedad, la herida, o la incapacidad
 - para informar la estadística esencial tal como nacimientos o muertes
- **Para Informar el Abuso o el Descuido Sospechados** a autoridades públicas
- **A Instituciones de Correccional** si usted está en la cárcel o la prisión, como sea necesario a su salud y la salud y la seguridad de otros.
- **Para Propósitos de Aplicación de Ley** tal como cuando recibimos una citación, la orden del tribunal, u otro proceso legal, o usted es una víctima de un crimen
- **Para la Salud y Actividades de Descuido de Seguridad.** Por ejemplo, nosotros podemos compartir información de salud con el Departamento de la Salud.
- **Para Propósitos de Alivio de Desastre.** Por ejemplo, nosotros podemos compartir información de salud con agencias de alivio de desastre para participar en la notificación de su condición a la familia u otros.
- **Para Condiciones Relacionadas de Trabajo Que Podría Afectar la Salud de Empleado.** Por ejemplo, un empleador puede pedir que nosotros valoremos los riesgos de la salud en un sitio del trabajo.
- **A Las Autoridades Militares de EE.UU. y Personal Militar Extranjero.** Por ejemplo, la ley nos puede requerir a proporcionar información necesaria a una misión militar.
- **En el Curso de Judicial/Administrativo Procede** en su pedido, o cuando dirigido por una orden de citación o tribunal.
- **Para el Gobierno Especializado Funciona.** Por ejemplo, nosotros podemos compartir información para propósitos nacionales de seguridad.

Otros Usos y las Revelaciones de Información Protegida de Salud

- Los usos y las revelaciones no en esta Nota se harán sólo como permitidos ni requeridos por la ley ni con su ha escrito la autorización. Tenemos un website que proporciona información acerca de nosotros en: www.PWCArizona.com.

Firmando, usted reconoce que nosotros lo hemos proporcionado con esta forma de nuestras prácticas de la intimidad.

El Nombre del paciente

Fecha



THE Fetal & Women's
Center of Arizona

PWC Perinatal &
Women's Center

Firmando abajo, yo reconozco que he sido proporcionado con una copia del Perinatal & Nota Central de Mujeres de Prácticas de Intimidad y tengo por lo tanto fue avisado de cómo información de salud acerca de yo mismo se puede usar y puede ser revelada por Perinatal & el Centro de Mujeres y cómo yo mi obtiene el acceso y controla esta información.



THE Fetal & Women's Center of Arizona

Dedicated to Prenatal Diagnosis, Counseling and Women's Ultrasound

• _____
(La firma de Paciente o Guardián)

• _____
(Imprima el nombre o a Guardián Pacientes)

• _____
(Fecha)

• _____
(La descripción de Guardián)

Por favor lista que usted quiere tener acceso a su información médica pertinente, en otras palabras: miembro de familia, el esposo

1. _____

2. _____

3. _____

¿Podemos salir nosotros un mensaje en una máquina que contesta? Sí No

El método preferido del contacto:

El hogar # _____

La célula # _____

El trabajo # _____