

# Wilmington Maternal-Fetal Medicine, PLLC

## “Aviso de Privacidad en Practicas” Reconocimiento

El firmador a comprendido y a reconocido que a recibido una copia del ‘Aviso de Privacidad en Practicas’ de Wilmington Maternal-Fetal Medicine, PLLC y que a tenido suficiente tiempo y oportunidad para leer la informacion.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Autorizacion para dar Informacion Medica

Yo autorizo a Wilmington Maternal-Fetal Medicine, PLLC para dar informacion medica relacionada con mi cuidado madico a doctores, proveedores medicos y aseguranza medica, para extender la calidad del cuidado medico y re-embolso de cargos. Yo autorizo a las proximas personas para obtener informacion medica:

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito

\_\_\_\_\_  
Relacion

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito

\_\_\_\_\_  
Relacion

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito

\_\_\_\_\_  
Relacion

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Autorizacion para Pagar los Beneficios al Medico

Yo autorizo a mi aseguranza que aga pagos para mis beneficios medicos al proveedor de mi cuidado medico. Yo entiendo que cualquier balance que quede en mi cuenta es mi responsabilidad.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha