



He leído el aviso de privacidad individual y entiendo mis derechos descritos en este documento.

Segun lo indicado por mi firma, preveo a Elite Women's Care Center, PA de la autorización y del consentimiento de utilizar y divulgar mi estado de salud e información para los propósitos de tratamiento, pago, y de las operaciones del cuidado medico segun lo descrito en el aviso de la legal.

Nombre de Paciente _____ Fecha _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____