



956.621.0195 tel
956.621.0115 fax
1313 E. Alton Gloor, Ste. A
Brownsville, Texas 78526

www.babytimeultrasound.com
babytimeultrasound@yahoo.com

AUTORIZACION, VERIFICACION, REMISION Y CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE/PACIENTE

(Cliente/Paciente) Nombre: _____

ESTA AUTORIZADA PARA OBTENER UN ELECTIVO SONOGRAMA(S) DE 3RA/4TA DIMENSION EN, BABYTIME 3D/4D ULTRASOUND STUDIO, INC. NOSOTROS NO ESTAREMOS INTERPRETANDO ESTE ULTRASONIDO CON NINGUNA INFORMACION MEDICA DIAGNOSTICA. Y CONTENGA AUTORIZACION EXCLUSIVAMENTE A PETICION DEL CLIENTE/PACIENTE.

INFORMACION DEL MEDICO

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____ FAX: _____

FIRMA: _____

FIRMA CON LETRA DE MOLDE: _____ FECHA: _____

CONSENTIMIENTO Y DIVULGACION DE INFORMACION DEL CLIENTE/PACIENTE

YO SOLICITO LA AUTORIZACION DEL MEDICO ARRIBA O DE SU PERSONAL PARA OBTENER UN ELECTIVO SONOGRAMA DE 3RA/4TA DIMENSION EN BABYTIME 3D/4D ULTRASOUND STUDIO, INC. YO ADEMAS AUTORIZO QUE LA INFORMACION DE ARRIBA SEA ENTREGADA O PREVISTA A BABYTIME 3D/4D ULTRASOUND STUDIO, INC.
VIA METODO FAX: 956 621-0115 CORREO ELECTRONICO: BABYTIMEULTRASOUND@YAHOO.COM

FIRMA LETRA DE MOLDE: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____