

Noble Fertility Center
Making Your Dreams Into Precious Gifts
CONSENT FOR SHARING MEDICAL INFORMATION

日期 _____

哪些人可以取得您的医疗报告？

_____ 配偶 (姓名) _____

手机 _____

工作 _____

_____ 伴侣 (姓名) _____

手机 _____

工作 _____

_____ 我的介绍医生 (姓名) _____

手机 _____

工作 _____

_____ 父母 (姓名) _____

手机 _____

工作 _____

_____ 其他 _____

关系 _____

手机 _____

工作 _____

病人姓名 _____

病人签名 _____