

**Dominion Fertility**  
**Suite 301**  
**46 S. Glebe Rd.**  
**Arlington, VA 22204**

Acuerdo de compartir información

Estimado paciente:

La infertilidad requiere tratamientos que incluyen a la pareja, tanto al hombre como a la mujer. En consecuencia, les pedimos que nos permitan compartir información médica con su pareja.

*Acordamos permitir que se comparta la información sobre nuestra atención médica, contenida en nuestros historiales médicos, con nuestro cónyuge o pareja.*

\_\_\_\_\_  
Firma de la **esposa/pareja mujer**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta o escrito a máquina)

\_\_\_\_\_  
Firma de **esposo/pareja hombre**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta o escrito a máquina)