VERIFICACIÓN DE EMBARAZO

CONDADO DE

Fecha del aviso : _____
Nombre del caso : _____
Número del caso : _____
Nombre del trabajador : _____
Núm. del trabajador: _____
Número de teléfono: _____
Dirección : _____
_____
_____

(Destinatario)

Por la presente doy permiso al médico o proveedor autorizado de servicios médicos para divulgar la siguiente información al condado de _____:
(Nombre del condado)

Firma: _____ Fecha _____

Nombre del médico / proveedor de servicios médicos: _____

Dirección de la oficina del proveedor:

_____

_____

Número de teléfono del proveedor: _____

Número de fax del proveedor: _____

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO EVALUADOR O PERSONAL MÉDICO AUTORIZADO

Por favor, verifique el embarazo y anote la fecha aproximada del parto.

Embarazada: ☐ Sí ☐ No	Fecha aproximada del parto:

_____ _____
Firma del médico o personal médico autorizado (Fecha)