



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA FOLLETOS GINECECOLÓGICOS

NOMBRE: _____

He leído o me han explicado la información de "Obtenga los hechos sobre el cáncer ginecológico" sobre el cáncer ginecológico. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi entera satisfacción. Entiendo la información que me proporcionaron y conozco los diferentes tipos de cáncer ginecológico.

FIRMA: _____ FECHA: _____

Primary Care • Specialty Care • Our Doctors Truly Care

335 Katherine Ave.
Salinas, CA 93901
831-751-6222

515 Alameda Ave, Ste C
Salinas, CA 93901
831-444-6263

1332 Natividad Rd, Ste B
Salinas, CA 93906
831-754-2844

443 E. Alisal St, Ste C
Salinas, CA 93905
831-296-4443

915 Hilby Ave, Ste 22
Seaside, CA 93955
831-800-1571