

Urology Associates of North Texas

Hoja de la Información del Paciente (Patient Information Sheet)

Nombre del Paciente (Primero, Medio, Apellido): _____
 Patient's Name (First, Middle, Last)

Domicilio: _____ **Dirección de Correo Electrónico:** _____
 Address Email

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____
 City State Zip Code

de Contacto Principal _____ **# Alternativo** _____ **# de Trabajo** _____
 Main Contact # Alternate # Work #

Fecha de Nacimiento ____/____/____ **Sexo:** Varón Hembra **# de Seguro Social** _____
 Date of Birth Sex Male Female SS# (optional)

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a **Nombre de Cónyuge:** _____
 Marital Status Single Married Divorced Widowed Spouse's Name

Fecha de Nacimiento de Cónyuge: ____/____/____ **#Celular** _____ **# de Trabajo** _____
 Spouse's Date of Birth Cell # Work #

Contacto de Emergencia _____ **Relación:** _____ **# de Teléfono** _____
 Emergency contact#

Doctor de Envió: _____ **# de Teléfono** _____
 Referring Physician Phone #

Médico Primario del Cuidado _____ **# de Teléfono** _____
 Primary Care Physician Phone #

Mas Información del Paciente

Por favor seleccione su estado racial que mejor lo identifique:

- | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Norteamericano Africano
African American | <input type="checkbox"/> Caucásico
Caucasian | <input type="checkbox"/> Filipino
Filipino | <input type="checkbox"/> Japonés
Japanese | <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo
Native Hawaiian | <input type="checkbox"/> Asiático
Asian |
| <input type="checkbox"/> Chino
Chinese | <input type="checkbox"/> Hispánico
Hispanic | <input type="checkbox"/> Indio Americano
Native American | <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico
Pacific Islander | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Etnicidad: ¿Cuál es la etnicidad del paciente? _____ Hispano o Latino _____ No, Hispano o Latino
 Ethnicity: What is the patient's ethnicity? Hispanic or Latino No, not Hispanic or Latino

Preferencia de Idioma: ¿Qué es el idioma del pacientes de preferencia? _____ Inglés _____ Español _____ Otro: _____
 Language preference What is the patient's language of preference? English Spanish Other

Información de Seguro (Insurance Information)

Compañía de seguros primaria: _____ **#de póliza/#de identificación** _____
 Primary Insurance Policy/ID #

Nombre del Sostenedor de Póliza: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____ **# de Grupo** _____
 Name of Policy Holder Fecha de Nacimiento

Empleador: _____ **Dirección del Empleador:** _____
 Employer Employer Address

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____ **# de Trabajo** _____
 City State Zip Code Work #

Compañía de Seguros Secundaria: _____ **# de Póliza/ # de Identificación** _____
 Secondary Insurance Policy/ID #

Nombre del Sostenedor de Póliza: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____ **# de Grupo** _____
 Name of Policy Holder Fecha de Nacimiento

Empleador: _____ **Dirección del Empleador:** _____
 Employer Employer Address

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____ **# de Trabajo** _____
 City State Zip Code Work #

Llenar- Si el Paciente es Menor de Edad (Complete – Only if Patient is a Minor)

Nombre del Padre/ Guardián: _____ **Relación:** _____
 Father's/Guardian Name Relationship

Empleador: _____ **# de Trabajo** _____
 Employer Work #

Nombre de la Madre/ Guardián: _____ **Relación:** _____
 Mother's/Guardian Name Relationship

Empleador: _____ **# de Trabajo** _____
 Employer Work #

Asignación para Pagar los Beneficios del Seguro (Assignment to Pay Insurance Benefits)

Asigno por este medio todo médico y/o ventajas quirúrgicas, a cuál me dan derecho, incluyendo el Seguro de Medicare, seguro privado y cualquier otros planes de la salud a los Asociados de Urología del Norte de Tejas. Esta asignación está para los servicios rendidos a mí por los Asociados de Urología del Norte de Tejas. Esta asignación estará en efecto hasta revocado por mí en escritura. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan válida como una original. Entiendo que soy financieramente responsable de todas las cargas si/no pagado por el seguro. Autorizo por este medio a cesionario dicho a lanzar toda la información necesaria para asegurar este pago. Comprendo que fracaso de notificar a UANT de cualquier cambio o la cobertura de seguro tendrá como resultado la obligación financiera será completamente en yo mismo a pesar de cualquier contrato entre la compañía de seguros y UANT.

Firma _____ **Fecha** _____
 Patient/Guardian

HIPAA Privacy Authorization Form

Autorización para el Uso o la Revelación de Información Protegida de Salud

(Requerida por la Acta de la Portabilidad y seguro médico y Acta de Responsabilidad – 45 Partes de CFR 160 y 164)

Esta autorización afecta sus derechos con respecto a la privacidad de su información personal médica.

Lea por favor con cuidado antes de firmar.

Comprendo que mi tratamiento, el pago, la matriculación o la elegibilidad para beneficios no serán afectadas por mi firmar o no firmando esta autorización.

SELECCIONE POR FAVOR OPCION A (o) B:

A. Yo por la presente autorizo a Urology Associates of North Texas L.L.P. ("UANT") utilizar y/o revelar la información protegida de la salud descrita abajo para los propósitos de tratamiento y cuidado. **(Seleccione uno de las opciones abajo)**

_____ Yo por la presente autorizo la liberación de mi registro completo de la salud (inclusive registros que relacionan a la asistencia médica mental, a la enfermedad transmisible, a VIH o SIDA, y al tratamiento de alcohol/ abuso de drogas).

_____ Yo por la presente autorizo la liberación de mi registro completo de la salud con EXCEPCION de la información siguiente:

- Historial médica mental
- Las enfermedades transmisibles (inclusive VIH y SIDA)
- Tratamiento de alcohol/abuso de drogas
- Otro (especifique por favor) _____

Complete esta Sección si verificó cualquiera de las opciones arriba:

Autorizo a UANT o a sus Socios del Negocio a soltar información a los miembros de la familia o amigos siguientes por el periodo de asistencia médica de **(VERIFIQUE POR FAVOR UNO)**

Todo lo pasado, presente y periodos futuros. **O** _____ a _____

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

B. No discuta/declare mis historiales médicos ni información privada a nadie (inclusive miembros de la familia) ni ninguna entidad. Esta opción no está disponible para nuestros pacientes menores; debemos haber escrito documentación que indica a los cuidadores adultos con quien podemos discutir el cuidado del niño/a.

Esta autorización será vigente y el efecto hasta que _____ (la fecha o el acontecimiento) o hasta que revocada apropiadamente por mí en cual momento esta autorización expira. Para revocar mi autorización, yo debo someterme una Revocación de Nota de Autorización a Urology Asscoiates of North Texas, P.O. Box 120549, Arlington, TX 76012, a la atención de. Director de Historiales Médicos.

Esta información médica puede ser utilizada por la persona que autorizo a recibir esta información para el tratamiento o la consulta médicos, facturando o reclama pago, u otros propósitos como puedo dirigir o como permitido por la ley. UANT y sus empleados, los oficiales y los médicos por la presente son soltados de responsabilidad o la obligación legales para la revelación de la información antes mencionada hasta el punto indicado y autorizado en esto.

Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en tiempo. Comprendo que una revocación no es efectiva hasta el punto que ninguna persona ni entidad ya han actuado en la dependencia en mi autorización ni si mi autorización fue obtenida como una condición de obtener cobertura y el asegurador tiene un derecho legal para refutar un reclamo.

Comprendo que información utilizada o revelada por esta autorización puede ser revelada por el recipiente y ya no puede ser protegido por HIPAA, la ley federal o la ley del estado.

La firma de Paciente o Representante Personal

Fecha

Impresión del Nombre del Paciente o Representante Personal

Relación al Paciente

Tiene el derecho de recibir una copia de esta autorización de privacidad de HIPAA.

Urology Associates of North Texas

HIPAA Disclosure

Comprendo bajo la Acta de Portabilidad de Seguro de enfermedad & Acto de Responsabilidad de 1996, como enmendado y suplementado (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información protegida de la salud (PI). El PI puede originar en su historial médico en Urology Associates of North Texas, L. L. P. (UANT), o puede ser recibido de entidades exteriores de salud y archivado en su historial médico.

Comprendo que esta información puede y será utilizada por UANT a: (un) Conducto, planear y dirige mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de la asistencia sanitaria a que pueden participar en el tratamiento directamente e indirectamente, (B) Obtiene pago de pagadores de terceros, (C) Realiza operaciones normales de asistencia sanitaria como evaluaciones de calidad y certificaciones de médico, (D) Notificación de acontecimientos educativos específicos a mi condición médica por UANT o la interconexión organizaciones, (E) Consentimiento a la transferencia de la propiedad de espécimen (tejido obtuvo durante una prueba médica) UANT, y (F) Cualquiera tal otros propósitos permitieron bajo HIPAA.

He sido informado por usted de su Nota de las Prácticas de Privacidad que contienen una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de la salud. Comprendo que UANT tiene el derecho de cambiar su Nota de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo obtener una copia actual de la Nota de Prácticas de Privacidad de mi oficina local o contactando al Oficial de Privacidad en P.O. Box 120549, Arlington, TX 76012.

Comprendo que puedo solicitar por escrito que restringe cómo mi información privada es utilizada o es revelada para llevar a cabo tratamiento, operaciones de pago o asistencia médica. Yo también comprendo que usted no es requerido a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si concuerda entonces que tiene que respetar tales restricciones. Comprendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en tiempo, pero hasta el punto que usted ha tomado medidas dependiendo de este consentimiento.

Prefiero ser contactado en la manera siguiente: (I prefer to be contacted in the following manner:)

de Telefono: () _____

de Telefono: () _____

Deje mensaje con información detallada.

(Leave a message with detailed information.)

Deje mensaje con número de contacto sólo.

(Leave message with contact number only.)

No deje mensaje.

(Do not leave a message.)

Deje mensaje con información detallada.

(Leave a message with detailed information.)

Deje mensaje con número de contacto sólo.

(Leave message with contact number only.)

No deje mensaje.

(Do not leave a message.)

Prefiero recibir recordatorios con respecto a citas próximas en la manera siguiente: (I prefer to receive reminders regarding upcoming appointments in the following manner :)

Deje mensaje. (Leave message.)

No/ No Llame. (Decline/ Do not call.)

Prefiero recibir un resumen de mi visita de la oficina en la manera siguiente (disponible en una fecha posterior): (I prefer to receive a summary of my office visit in the following manner (available at a later date) :)

Imprimido. (Printed.)

No (Prefiero no recibir en la terminación de mi visita de la oficina.) (Decline, prefer not to receive at the end my visit.)

Pórtico de Paciente “Siga Mi Salud” (inscribirse es necesario para obtener acceso) (Follow My Health Patient Portal (sign up required for access))

Firma de Paciente o Representante Personal

Fecha

Impresión del Nombre del Paciente o Representante Personal

Relación al Paciente

Asociados de Urología del Norte de Tejas

Hoja de la Información del Paciente (Pediátrico)

Nombre del Paciente (Primero, Medio, Apellido): _____
(Patient Name) (First, Middle, Last)

Fecha de Hoy: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____ Sexo: _____
(Today's Date) (Date of Birth) (Race) (Sex)

Doctor Primario: _____ Razón de la Visita: _____
(Primary Care Physician) (Reason for visit)

Cirugía y edad en la época de la cirugía: _____
(Prior Surgery and age at time of surgery)

Lesiones y edad en la época de lesión: _____
(Injures and age at time of injury)

Medicaciones que usted está tomando actualmente, incluya medicaciones que no requiere receta:
(Medications you are currently taking to include over the counter medication:)

Medicación actual (nombre de la medicina, dosis, numero de veces por día):
(Current Medication (Name of Medicine, dosage, how many times a day))

Historia Médica (Si, No, Familia)

(Medical History (Yes, No, Family))

	(Y)	(N)	(F)		(Y)	(N)	(F)
Alta Presión Arterial <small>(High Blood Pressure)</small>	S	N	F	Ulceras <small>(Ulcers)</small>	S	N	F
Alto en Colesterol <small>(High Cholesterol)</small>	S	N	F	Enfisema <small>(Emphysema)</small>	S	N	F
Ataque del Corazón <small>(Heart Attack)</small>	S	N	F	Embolia Cerebral <small>(Stroke)</small>	S	N	F
Prolapso de la Válvula Mitral <small>(Mitral Valve Prolapse)</small>	S	N	F	Asma <small>(Asthma)</small>	S	N	F
Historia de Piedras en el Riñón <small>(History Kidney Stone)</small>	S	N	F	Diabetes <small>(Diabetes)</small>	S	N	F
Cáncer <small>(Cancer)</small>	S	N	F	Problemas de la Audición <small>(Hearing Problems)</small>	S	N	F
Infección de las Vías Urinarias <small>(Urinary Tract Infections)</small>	S	N	F				

Historia Social

(Social History)

Nivel del Grado en Escuela (Grade Level in School) _____

Los tipos de Grados que él o ella hace: _____ **A-B's** _____ **B-C's** _____ **Otro:** _____
(Type of Grades he/she makes:) (A-B's) (B-C's) (Other)

Uso de Alcohol: **NO** **SI** **Si sí, ¿Cuánto?** _____
(Alcohol Use:) (No) (Yes) (If yes, How much?)

Uso de Cafeína: **NO** **SI** **Si sí, ¿Cuánto?** _____
(Caffeine Use:) (No) (Yes) (If yes, How much?)

Uso de Tabaco: **NO** **SI** **Si sí, ¿Cuánto?** _____
(Tobacco Use:) (No) (Yes) (If yes, How much?)

Asociados de Urología del Norte de Tejas Hoja de la Información del Paciente

Síntomas Constitucionales (Constitutional Symptoms)

Fiebre (Fever)	S	N
Escalofríos (Chills)	S	N
Dolor de Cabeza (Headache)	S	N
Cambio del Peso	S	N
Peso Actual (Current weight)	_____	

Ojos (Eyes)

Visión Nublada (Blurred vision)	S	N
Visión Doble (Doubled vision)	S	N
Dolor (Pain)	S	N

Alérgico/ Inmunológico (Allergic/Immunologic)

Fiebre del Heno (Hay Fever)	S	N
Aérgico a Una Droga (Drug Allergies)	S*	N
*Nombre de Droga (*Drug Name)	_____	
Inmunización Corriente (Immunizations current)	S	N

Neurológico (Neurological)

Mareos (Dizzy Spells)	S	N
Ataque Repentino (Seizures)	S	N

Endocrina (Endocrine)

Sed Excesiva (Excessive thirst)	S	N
Demasiado Caliente/ Frío (Too hot/ cold)	S	N
Cansado/ Inactivo (Tired/ Sluggish)	S	N

Gastrointestinal (Gastrointestinal)

Dolor Abdominal (Abdominal Pain)	S	N
Náusea/Vomitarse (Nausea/Vomiting)	S	N
Diarrea (Diarrhea)	S	N
Estreñimiento (Constipations)	S	N

Integumentario (Integumentary)

Erupción de Piel (Skin Rash)	S	N
Ebulliciones (Boils)	S	N
Picazón Persistente (Persistent itch)	S	N

Musculo-esquelético (Musculoskeletal)

Dolor de las Coyunturas (Joint pain)	S	N
Dolor de Cuello (Neck pain)	S	N
Dolor de Espalda (Back pain)	S	N
Altura Actual (Current Height)	_____	

Oído/ Nariz/ Garganta/ Boca (Ear/Nose/Throat/Mouth)

Infecciones del Oído (Ear Infection)	S	N
Garganta Dolorida (Sore Throat)	S	N
Problemas de la Audición (Hearing Problems)	S	N

Respiratorio (Respiratory)

Respiración Sibilante (Wheezing)	S	N
Tos Frecuente (Frequent cough)	S	N
Falta de la Respiración (Shortness of breath)	S	N

Hematológico/ Linfático (Hematologic/Lymphatic)

Glándulas Hinchadas (Swollen glands)	S	N
Problemas de Coagulación de la Sangre (Blood clotting problems)	S	N

Genitourinario (Genitourinary)

Frecuencia Urinaria (Urinary Frequency)	S	N
# de Veces que Orina en la Noche (#Nighttime Urination)	_____	
# de Veces que Orina en el Día (#Daytime Urination)	_____	
Orina Doloroso (Painful Urination)	S	N
Urgencia Urinaria (Urinary Urgency)	S	N
Sangre en Orina (Blood in urine)	S	N
Forzar para Orinar (Straining to Urinate)	S	N
Corriente Débil de la Orina (Weak Urine Stream)	S	N
¿Usted se le escapa la orina? (Do you leak urine?)	S	N

Nombre de Paciente: _____ Fecha: _____

Forma Completada Por: _____ Firma: _____

(Padre o Guardian)

(Padre o Guardian) Rev.12/05-P

Asociados de Urología del Norte de Tejas
Póliza financiera y forma de consentimiento del paciente

Asociados de Urología del Norte de Tejas, L.L.P., (“UANT”) reconoce la necesidad de una comprensión clara entre el paciente y médico con respecto a la información protegida de la salud y arreglos financieros para el cuidado médico. La información siguiente se proporciona para evitar cualquier malentendido referente a la información protegida de la salud y el pago para los servicios profesionales.

1. PAGO: Se espera el pago a la hora de servicio. Si su deducible no se ha resuelto, o un porcentaje es su responsabilidad, contamos con el pago cuando se rinden los servicios. **Aun cuando el seguro será archivado, usted es responsable de cualquier equilibrio después del proceso de reclamación al Seguro.** Todas las cargas para el tratamiento se convierten en debidos y pagaderos después de sesenta (60) días de la fecha del servicio. Este período da un plazo de suficiente tiempo de procesar seguro y de hacer el pago por completo de cualquier equilibrio restante. Habrá una carga de \$25.00 para los cheques vueltos. Si no pagado en el plazo de 60 días, UANT comenzará varias actividades de la colección incluyendo, pero no limitado sometiendo la cuenta atrasada a una agencia de colección.

2. PAGO DEL UNO MISMO (PRIVADO, PAGO EN EFECTIVO): Si usted no tiene ninguna cobertura de seguro preguntamos que usted coordina su cuidado con nuestra oficina de negocio antes de cirugía. Requerimos un pago anticipado para los servicios profesionales.

3. CUIDADO ADMINISTRADO: Todo el cuidado administrado (HMO, PPO, etc.) las cantidades del pago compartido son debidas a la hora de servicio. Le cargarán \$10.00, honorario de re facturar, si usted no paga su co-pago cuando se rinden los servicios. Si su régimen de seguros requiere una autorización de la remisión de un médico primario del cuidado, presente por favor esto en su visita inicial. Si usted solicita una visita o una cirugía de la oficina sin una autorización de la remisión, su régimen de seguros puede juzgar esto como “fuera de encadenación” o del tratamiento “no cubierto”, Usted será responsable por la cantidad más grande o todas las cargas. Firmando abajo, el paciente reconoce que es la responsabilidad de los pacientes estar enterado de los servicios que son cubiertos y conviene a la paga de cualquier servicio juzgado ser no cubierto o no autorizado por el plan.

4. MEDICARE: UANT son los abastecedores que participan con el programa Medicare y aceptan como pago, Medicare permisible, su deducible y o el 20% de seguridad adicional. Si usted tiene seguro suplemental para cubrir la porción de las cargas que Medicare no paga, provea por favor de a nosotros una copia de su tarjeta del seguro y cualquier formas que su compañía de seguros pueda requerir. Medicare o los portadores secundarios no cubre algunos procedimientos y útiles. Asegúrese por favor de usted entender qué aspectos de su tratamiento se cubren antes de proceder. En un caso raro usted puede ser pedido firmar una forma de la renuncia, que declara que usted entiende que usted será responsable de estas cargas.

5. PACIENTES DE ACCIDENTE DEL AUTOMOVIL: No tratamos a pacientes del accidente del automóvil. Sin embargo, no podemos supervisar cuentas a largo plazo y requerir el pago como paciente que paga uno mismo. No aceptaremos una letra de la protección de un abogado como garantía del pago o del pago del seguro de los terceros.

6. NINOS DE PADRES DIVORCIADOS: Responsabilidad del pago para el tratamiento de niños de menor, quién padres están divorciados, reclínesse con el padre que busca el tratamiento. Cualquier corte pidió, el juicio de la responsabilidad se debe determinar entre los individuos implicados, sin la inclusión de UANT.

7. INVESTIGACION CLINICA: UANT participa en estudios clínicos de la investigación, y a los patrocinadores del estudio compensan (reciben dinero) a los médicos de UANT para realizar ensayos de la investigación. El paciente autoriza UANT al acceso de su información médica con el fin de la elegibilidad de evaluación del paciente para los estudios clínicos actuales o futuros de la investigación. El paciente acuerda ser contactado por UANT con respecto a la posibilidad de ser alistado en estudio de la investigación. El paciente está bajo ninguna obligación de alistar en cualquier estudio. La participación del estudio es voluntaria y la denegación a participar, implique de ninguna manera la pena o la pérdida de ventajas a las cuales son derechos al paciente. La participación en un estudio de la investigación no interrumpirá su cuidado regular con un médico de UANT.

8. SEGURO SECUNDARIO: El departamento de Tejas del seguro requiere a paciente proporcionar cobertura de seguro secundaria al abastecedor si fuera aplicable. El paciente acuerda proporcionar la información tal como contorneada abajo. El paciente acuerda notificar el abastecedor en el futuro inmediatamente de cualquier adición, cambios o canceladuras en cobertura de seguro primaria o secundaria. Inicial o complete como aplicable.

_____ No tengo ninguna cobertura de seguro secundaria.

_____ Tengo cobertura de seguro secundaria según lo descrito en la forma demográfica paciente unida.

UANT cree firmemente que una buena relación del paciente o del médico está basada sobre entender y comunicaciones abiertos. Es nuestra esperanza que las políticas antedichas permitirán que proporcionemos el cuidado más de alta calidad a nuestros pacientes. Si usted tiene cualesquiera preguntas o necesita la clarificación con respecto a estas políticas, llámenos por favor al (817) 784-8268.

Nombre de paciente (Por favor de impresión)

Fecha de Nacimiento del Paciente

Firma (Asegurados o Guardián)

Fecha

**ACCESO DEL INTERÉS DE PROPIEDAD DE LA PRÁCTICA DEL GRUPO
EN HOSPITALES Y LOS SERVICIOS ANCILARES**

Su médico en UANT ha ejercitado su juicio médico profesional independiente, en la determinación de si está en su mejor interés de recibir cierta asistencia médica prescrita en el hospital de USMD a Arlington o el Hospital de USMD en el Fort Worth, North Texas Hospital o Trinity Medical Center (los "Hospitales") y o uno de los varios servicios ancilares. Los "servicios ancilares" incluyen varios servicios médicos incluyendo servicios de tratamientos de radiación, laboratorio, estudios urodinámica, litotricia, exploración del dexta, el explorador de CT, ultrasonido y el otro equipo de la proyección de imagen. El propósito de esta declaración del acceso es informarle ese UANT, la práctica médica del grupo de la cual su Médico es un Socio o Empleado, posee un interés de propiedad en el hospital y los servicios ancilares. Ninguna remuneración recibida directamente o indirectamente por el médico consecuentemente UANT que posee un interés de propiedad en los hospitales o los servicios ancilares requiere, ni es contingente sobre la admisión, recomendación, remisión, o cualquier otra forma de arreglo a la utilización de los pacientes o otras de cualquier artículo o servicio ofrecido por los hospitales o los servicios ancilares. Decisiones con respecto a la admisión, recomendación, remisión, o cualquier otra forma de arreglo para la utilización de los pacientes de su médico de servicios o de instalaciones específicos se hace con respecto a los mejores intereses de cada paciente individual.

Nombre de paciente (Por favor de imprimir)

Fecha de Nacimiento del Paciente

Firma (Asegurados o Guardián)

Fecha