

## Historia médica y dental

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Motivo de la visita de hoy \_\_\_\_\_

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| SÍ                       | NO                       |   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes dolor de muelas? Si es así, califique el dolor del 1 al 10 (peor = 10) _____                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Goza de buena salud? Si no, ¿cómo ha cambiado su salud recientemente? _____                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido alguna enfermedad/operación/lesión grave? En caso afirmativo, describa _____             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Consume tabaco a diario? Si es así, ¿cuánto por día? _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Consume alcohol o drogas con fines recreativos? _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usted o algún miembro de su familia ha tenido algún problema con el cuidado dental anterior? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico? _____   |
|                          |                          | Nombre del médico _____ Número de teléfono del médico _____   |

Por favor enumere todas las alergias a medicamentos y/o reacciones adversas: \_\_\_\_\_

Por favor enumere todos los medicamentos actuales: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tomado estos medicamentos?  Zometa  Aredia  Fosamax  Boniva  Actonel

SOLO para mujeres:

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| SÍ                       | NO                       |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Estás actualmente tomando métodos anticonceptivos? _____      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Estás embarazada? En caso afirmativo, ¿cuántas semanas? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Estás amamantando? _____                                      |

NOTA: Si actualmente utiliza métodos anticonceptivos, es importante que comprenda que los antibióticos pueden interferir con su eficacia. Por favor consulte a su médico.

¿Tiene o ha tenido alguna vez alguno de los siguientes? ( marque TODO lo que corresponda)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                    | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre      | <input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales/úlceras estomacales |
| <input type="checkbox"/> Adicción                    | <input type="checkbox"/> Cáncer o tumor               | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza o el cuello                |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                    | <input type="checkbox"/> Quimioterapia o radiación    | <input type="checkbox"/> Manejo del dolor                                 |
| <input type="checkbox"/> Artritis                    | <input type="checkbox"/> Dolores en el pecho o angina | <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico                         |
| <input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial | <input type="checkbox"/> Herpes labial                | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar                         |
| <input type="checkbox"/> Articulación artificial     | <input type="checkbox"/> EPOC o enfisema              | <input type="checkbox"/> Sinusitis/problemas nasales                      |
| <input type="checkbox"/> Asma                        | <input type="checkbox"/> Diabetes                     | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular                        |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune       | <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones     | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea                              |
| <input type="checkbox"/> Endocarditis bacteriana     | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo            | <input type="checkbox"/> Marcapasos                                       |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico       | <input type="checkbox"/> Desmayos o mareos            | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                                     |

Entiendo la importancia de un historial médico veraz para ayudar al médico a brindar la mejor atención posible. He tenido la oportunidad de hablar sobre mi historia con mi médico.

Fecha \_\_\_\_\_

Firma de la persona que completa la historia \_\_\_\_\_

Inicial del médico \_\_\_\_\_

*Gracias por seleccionar Missouri Highlands Dental. Si tienes alguna pregunta, dinosla. Estaremos encantados de ayudar.*

Como centro de atención médica calificado a nivel federal, la Oficina de Atención Primaria de Salud nos exige que recopilemos datos de todos nuestros pacientes anualmente. Missouri Highlands Health Care no discrimina por edad, sexo, raza, credo, estado civil, religión, origen nacional, discapacidad, preferencia sexual, estado de asistencia pública o antecedentes penales.

**IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL PACIENTE (Por favor imprima)**

Nombre completo del paciente:					
Sexo legal: <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> femenino		Fecha de nacimiento:		Seguridad Social #:	
Dirección residencial:			Dirección de envío: <input type="checkbox"/> Mismo		
Ciudad:	Estado:	Cremería	Ciudad	Estado	Cremería

Marque la casilla junto al número al que prefiere que le llamen primero y dé su consentimiento para enviar un mensaje de texto.

Teléfono de casa: <input type="checkbox"/>	Teléfono móvil: <input type="checkbox"/> Texto Aceptar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono de trabajo/alternativo:
Dirección de correo electrónico del paciente		
Métodos de comunicación preferidos: <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> de correo electrónico <input type="checkbox"/> Portal del paciente		
Missouri Highlands Health Care tiene recursos disponibles para ayudar a los pacientes que puedan necesitar asistencia auditiva, visual o lingüística. Si necesita dicha asistencia, verifique qué tipo de asistencia necesita. <input type="checkbox"/> de ayudas visuales <input type="checkbox"/> de lengua de señas <input type="checkbox"/> para (indicar qué idioma):		

**INFORMACIÓN DE CONTACTO Y TUTOR (Si el paciente es menor de 18 años)**

El contacto a continuación es: <input type="checkbox"/> Padre con custodia Tutor <input type="checkbox"/> Legal Guardián <input type="checkbox"/> NA		El contacto a continuación es: <input type="checkbox"/> Padre con custodia Tutor <input type="checkbox"/> Legal Guardian <input type="checkbox"/> NA	
Nombre del tutor:		Nombre del tutor:	
Correo electrónico del tutor:		Correo electrónico del tutor:	
Teléfono de casa: <input type="checkbox"/> Igual que el paciente	Teléfono móvil	Teléfono de casa: <input type="checkbox"/> Igual que el paciente	Teléfono móvil
Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Otros (especificar)		Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Otros (especificar)	

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre:	Teléfono de casa:	Teléfono móvil:
Relación: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Primo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro		

**PARIENTE MÁS CERCANO**

Nombre:	Teléfono:	Relación: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Primo <input type="checkbox"/> Otro
---------	-----------	---

**DEMOGRAFIA**

Idioma principal: <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Otra especificar)	Raza (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negarse a responder
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual/heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay/Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Elige no revelar <input type="checkbox"/> Algo más por favor describa:	
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero (FTM) <input type="checkbox"/> Transgénero (MTF) <input type="checkbox"/> Género no confirmado (no exclusivamente M o F) <input type="checkbox"/> Elija no revelar <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	
Género al nacer: <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> femenino	Pronombres: <input type="checkbox"/> él/ella <input type="checkbox"/> ella/ <input type="checkbox"/> ellos/ellos

**del hogar y rango de ingresos anuales:** Marque el tamaño del hogar , LUEGO encierre en un círculo el rango de ingresos anuales en la línea al lado del tamaño del hogar que ha seleccionado.

Tamaño del hogar		Rango de ingresos anuales				
<input type="checkbox"/>	1	→	\$0 – 15,060	\$15,061-20,030	\$20,031-25,000	\$25,001-30,120
<input type="checkbox"/>	2	→	\$0-20,440	\$20,441-27,185	\$27,186-33,930	\$33,931-40,880
<input type="checkbox"/>	3	→	\$0-25,820	\$25,821-34,341	\$34,342-42,861	\$42,862-51,640
<input type="checkbox"/>	4	→	\$0-31,200	\$31,201-41,496	\$41,497-51,792	\$51,793-62,400
<input type="checkbox"/>	5	→	\$0-36,580	\$36,581-48,651	\$48,652-60,723	\$60,724-73,160
<input type="checkbox"/>	6	→	\$0-41,960	\$41,961-55,807	\$55,808-69,654	\$69,655-83,920
<input type="checkbox"/>	7	→	\$0-47,340	\$47,341-62,962	\$62,963-78,584	\$78,585-94,680
<input type="checkbox"/>	8	→	\$0-52,720	\$52,721-70,118	\$70,119-87,515	\$87,516-105,440

**Situación de vivienda:**  No sin hogar  Duplicación (quedarse con otras personas temporalmente)  Refugio para personas sin hogar  Vivienda pública (vivienda para personas mayores/HUD)

Calle (Vivir al aire libre, en un automóvil, refugio improvisado)  Transicional (Sin vivienda permanente / de un lugar a otro)  Otro (Hoteles/Moteles)

**Trabajador agrícola:**  Los inmigrantes  Estacionales  se niegan a responder **¿Veterano?**  Sí  No  Negarse a responder

**INFORMACIÓN DEL GARANTE (A quién se enviarán los estados de cuenta)**

**Relación del Garante con el paciente:**  Paciente/Yo  Hijo  Cónyuge  Otro (Especifique)

**Nombre completo del garante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento del garante:** \_\_\_\_\_

**Dirección postal del garante:**  igual que el paciente

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Cremallera:** \_\_\_\_\_

**Número de Seguro Social del Garante:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del garante:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico del garante:** \_\_\_\_\_

**Farmacia preferida:** \_\_\_\_\_ **Ubicación:** \_\_\_\_\_

**SEGURO DEL PACIENTE**  Marque si no tiene seguro (un representante de MHHC se comunicará con usted antes de su visita, si está marcado)

**Relación con el Asegurado:**  Paciente/Yo  Hijo  Cónyuge  Otro (Especifique)

**ID de miembro/póliza #:** \_\_\_\_\_ **Grupo #:** \_\_\_\_\_

**Nombre del asegurado:** \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

Entiendo que mis familiares o amigos pueden hacer preguntas sobre mi condición médica por teléfono o en persona. También entiendo que es una violación de la confidencialidad médico-paciente que cualquier miembro de mi equipo de atención médica discuta mi información médica de cualquier manera con cualquier persona sin consentimiento expreso por escrito. Al firmar este formulario, doy permiso a Missouri Highlands Health Care para discutir mi información médica con las personas que se enumeran a continuación. Reconozco que, según la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), puedo limitar la cantidad de información que autorizo a divulgar. Es mi deseo expreso que TODA la información médica pueda ser divulgada. Si tengo alguna información que no quiero dar, la enumeraré a continuación. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento comunicándome por escrito con Missouri Highlands Health Care. A menos que yo la revoque antes, esta autorización vencerá el: \_\_\_\_\_ . Tipos de información que NO se puede divulgar: \_\_\_\_\_

**I**  
**Individuo(s) que autorizo a recibir mi información médica:**

Nombre:	Teléfono:	Relación:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Teléfono:	Relación:	Fecha de nacimiento:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente/representante del paciente      Fecha

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Firma del testigo de MHHC      Fecha

**CONSENTIMIENTO, AUTORIZACIÓN Y RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE MISSOURI HIGHLANDS HEALTH**

**Consentimiento para el tratamiento:** Por la presente doy permiso para que Missouri Highlands Health Care realice aquellos procedimientos y tratamientos necesarios para el cuidado completo de mí o de un dependiente de quien soy legalmente responsable.

**Autorización y Liberación:** Autorizo a Missouri Highlands Health Care a divulgar cualquier información, incluidos el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen proporcionado a mí o a mi dependiente durante el período de dicha atención médica, a terceros pagadores y/o profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente a Missouri Highlands Health Care cualquier beneficio del seguro que de otro modo me correspondería a mí. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la factura real por los servicios. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o el de mis dependientes. Si el saldo de mi cuenta se envía a una agencia externa para su cobro, soy responsable de los cargos de cobro que se deben pagar a dicha agencia. Autorizo a mi equipo de atención médica a realizar cualquier tratamiento, administración de medicamentos y/o terapia que pueda estar indicada en relación con mi atención o la atención de mi dependiente. Entiendo que antes del tratamiento, el personal me dará una explicación completa de los procedimientos involucrados.

**SureScripts:** Yo o mi representante autorizado solicito que la información de salud relacionada con mi atención y tratamiento se divulgue como se establece en este formulario. De acuerdo con la Ley del Estado de Missouri y la Regla de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 \*HIPAA), entiendo que:

1. BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE utiliza Surescripts, Inc., un sistema de prescripción que permite el intercambio de recetas e información relacionada entre mi equipo de atención médica y la farmacia. La información enviada entre estos sistemas puede incluir detalles de todos los medicamentos recetados que estoy tomando actualmente o que he tomado en el pasado. Esta información será utilizada por BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE.
2. Esta autorización puede incluir la divulgación de información de recetas relacionadas con el abuso de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental y/o información confidencial relacionada con el VIH por parte de SureScripts, Inc. a BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE.
3. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE. Entiendo que puedo revocar esta autorización excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.
4. La firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a mi autorización de esta divulgación.
5. La información divulgada bajo esta autorización podría ser nuevamente divulgada por el destinatario, y es posible que esta nueva divulgación ya no esté protegida por las leyes estatales o federales.
6. Esta autorización vence un año a partir de la fecha de mi firma a continuación.
7. ESTA AUTORIZACIÓN NO AUTORIZA A BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE A DISCUTIR MI INFORMACIÓN DE SALUD O ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE QUE NO SEA PERMITIDO POR LA LEY APLICABLE.

**Derechos y responsabilidades del paciente:** Reconozco que Missouri Highlands Health Care ha compartido una copia de sus Derechos y responsabilidades del paciente, para garantizar que usted conozca sus derechos y responsabilidades.

**Consentimiento fotográfico:** Acepto que un miembro del personal de Missouri Highlands Health Care pueda tomar fotografías mías o de mi dependiente. Las fotografías se utilizarán para registros médicos y para ayudar a evitar el robo de identidad. Todas las fotografías son estrictamente privadas y la identidad del paciente no será revelada a nadie fuera de Missouri Highlands Health Care a menos que lo exijan las autoridades.

**Acerca de nuestro Aviso de prácticas de privacidad:** Estamos comprometidos a proteger su información de salud personal de conformidad con la ley. Estamos obligados por ley a entregarle una copia del Aviso de prácticas de privacidad (que es un documento separado que se le proporciona junto con este formulario) y a obtener su reconocimiento por escrito de que ha recibido una copia de ese aviso. Si elige recibir información de Missouri Highlands Health Care por correo electrónico (por ejemplo, recordatorios de citas), se enviará a través de un servidor seguro. Sin embargo, usted será responsable de la protección de esa información una vez que salga de nuestro servidor.

- **Recaudación de fondos:** a menos que nos solicite que no lo hagamos, utilizaremos su nombre y dirección para apoyar nuestros esfuerzos de recaudación de fondos. Si no desea participar en los esfuerzos de recaudación de fondos, marque la siguiente casilla:  
 Por favor no utilice mi información para fines de recaudación de fondos.
- **Marketing:** no compartiremos su información con fines de marketing a menos que nos dé su permiso por escrito. Marque la siguiente casilla para darnos permiso para usar su nombre y dirección para actividades de marketing y para brindarle información sobre los servicios disponibles en nuestra práctica. Puede revocar su permiso en cualquier momento, pero no afectará la información que ya utilizamos y divulgamos.  
 Por la presente autorizo a MHHC a utilizar mi información con fines de marketing.

**AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, RECONOZCO QUE HE LEÍDO O ME HA LEÍDO O EXPLICADO ESTE DOCUMENTO. ENTIENDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN ESTE FORMULARIO. ME HAN DADO UNA AMPLIA OPORTUNIDAD PARA HACER PREGUNTAS Y CUALQUIER PREGUNTA QUE HE HECHO HA SIDO RESPONDIDA SATISFACTORIAMENTE. CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO A MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE O A CUALQUIER MÉDICO, APRN, RN, LPN U OTRO PROVEEDOR DESIGNADO O SELECCIONADO POR ÉL O BAJO SU SUPERVISIÓN Y CONTROL DIRECTO PARA REALIZAR LOS SERVICIOS SOLICITADOS POR MÍ.**

Nombre del paciente (por favor imprima): \_\_\_\_\_

Nombre del Representante/Tutor (Si corresponde): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo de MHHC

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Pautas para las citas dentales en Missouri Highlands

### Confirmación de citas

Todas las citas DEBEN confirmarse a más tardar con 48 horas de anticipación. Los consultorios dentales de MHHC intentarán comunicarse con los pacientes, pero en última instancia es responsabilidad del paciente confirmar su cita.

**\*\*\*Las citas NO CONFIRMADAS serán canceladas\*\*\***

### Citas perdidas

Primera cita perdida/no confirmada: será reprogramada.

Segunda cita perdida/no confirmada: Se ofrecerán citas de 24 horas durante 6 meses. Tercera cita perdida/no confirmada: No se harán citas durante 12 meses.

### Llegada tardía a las citas

Menos de 15 minutos de retraso: el paciente seguirá siendo atendido, pero es posible que no se le proporcione todo el tratamiento planificado.

Más de 15 minutos de retraso: se cuenta como cita perdida y no se proporcionará ningún tratamiento.

\*\*\* En caso de que no podamos comunicarnos con usted a su número de contacto principal o correo electrónico, intentaremos comunicarnos con los números alternativos enumerados. Recomendamos incluir contactos alternativos como familiares cercanos o amigos que puedan comunicarse con usted para ayudarlo a confirmar su cita dental. \*\*\*

Número de contacto principal del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del paciente: \_\_\_\_\_  
(Por favor escriba claramente)

Número de contacto secundario del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre/Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Número de contacto alternativo: \_\_\_\_\_

Nombre/Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

**Consentimiento:** Entiendo que Missouri Highlands Health Care utilizará todas las formas de contacto enumeradas en el intento de comunicarse conmigo con respecto a mis citas dentales. Acepto todos los términos descritos en este documento y reconozco que es mi exclusiva responsabilidad confirmar mis citas, llegar a tiempo y aceptar las consecuencias descritas.

Nombre del paciente/tutor (por favor escriba claramente) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## Formulario de permiso para padres de Missouri Highlands Dental

Missouri Highlands Health Care requiere la presencia del consentimiento de un tutor legal durante cada cita para un menor (un niño de 17 años o menos). En caso de que un tutor legal no pueda estar presente, doy mi consentimiento para permitir que las partes (un adulto mayor de 18 años) que se enumeran a continuación acompañen a mi hijo y tomen decisiones médicas en mi nombre según lo requiera la situación.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha