

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

PACIENTE INFORMACION

Nombre (Apellido)		(Nombre)	(Segundo Nombre)	(Jr.,Sr.,etc.)
Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Número de Seguro Social	Estado Civil <input type="checkbox"/> Solter <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a	
Número de Teléfono ()	Número de teléfono de trabajo () ext.	Número de Celular ()	Correo Electrónico	
Dirección (Calle or PO Box)		# de Apt.	(Ciudad)	(Estado) (Código Postal)
Quién es su proveedor en CCHS?	Estado Laboral <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Jornada <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilados <input type="checkbox"/> Estudiante de Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante de Media Jornada <input type="checkbox"/> Servicio Militar	Por favor, este preparando para presentar su tarjeta de seguro, identificación con fotografía y prueba de ingresos, si es necesario.		

RESPONSABLE Complete solo si es diferente al anterior

Relación con el Responsable <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Espos/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Hijo/a de Crianza <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____				
Nombre de Responsable (Apellido)		(Nombre)	(Segundo Nombre)	(Jr.,Sr.,etc.)
Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Número de Seguro Social	Estado Civil <input type="checkbox"/> Solter <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a	
Número de Teléfono ()	Número de teléfono de trabajo () ext.	Número de Celular ()	Correo Electrónico	
Dirección (Calle or PO Box)		# de Apt.	(Ciudad)	(Estado) (Código Postal)

DEL SEGURO Si no esta asegurado, por favor este preparado para presentar prueba de ingreso para calificar para el programa de descuentos

Seguro Primario (Nombre de la Compañía)		Direccion de Seguro		Número de Teléfono ()
Identificación de Póliza (ID de Suscriptor)	# de Grupo	Nombre del Suscriptor	Relación al Suscriptor: <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Espos/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro _____	Co-Pago (\$)
Seguro Secundario (Nombre de la Compañía)		Direccion de Seguro		Número de Teléfono ()
Identificación de Póliza (ID de Suscriptor)	# de Grupo	Nombre del Suscriptor	Relación al Suscriptor: <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Es- pos/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro _____	Co-Pago (\$)
Si usted tiene mas de dos seguros, favor de traer la informacion adicional en el momento de la inscripción.				

INFORMACION ADICIONAL REQUERIDA

¿Cuál es su idioma principal? <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		¿Necesita traducción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Se encuentra sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no tiene hogar, ¿cual es la estación donde vive? <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Permanece con Familiares o Amigos <input type="checkbox"/> En la Calle <input type="checkbox"/> Otro _____		Es un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuál es su raza? <input type="checkbox"/> Moreno/Afro americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Otra Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/Indio Americano <input type="checkbox"/> Mas de Una Raza <input type="checkbox"/> Otro _____		¿Cuál es su origen étnico? <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino	
¿Usted es trabajador Agrícola? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En caso de si, ¿a cual aplica? <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Estacional		¿Como se entero de First Refuge? <input type="checkbox"/> Familiares/Amigos <input type="checkbox"/> Feria de Salud <input type="checkbox"/> Otro _____	
¿Cada cuando le pagan? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada Dos Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anualmente		¿Cuál es su Ingreso (antes de impuestos) durante este tiempo?	¿Cuántas personas residen en su casa?
Contacto de Emergencia (Nombre, Dirección, Numero de Teléfono)			Relation to Patient
Farmacia Primaria (Nombre, Dirección, Numero de Teléfono y Fax)			

AUTHORIZACIÓN Y CESION

Realmente consiento por este medio voluntariamente en la asistencia médica en primeros Ministerios del Refugio la Clínica Médica. Autorizo a todos los médicos y sus asistentes incluyendo asistentes médicos y enfermeras empleadas por FRMMC para usar tales procedimientos diagnósticos y procedimientos de tratamiento juzgan necesario para dirección médica apropiada y tratamiento. Entiendo que asistentes médicos y enfermeras no son los médicos con licencia y puede ayudar a proporcionar atención médica solamente bajo la supervisión y dirección de un médico con licencia. ESTA AUTORIZACIÓN ES UNA SIGNATURA DE COMPÁS PERMANENTE QUE PERMANECERÁ EN EL ARCHIVO Y SE USARÁ PARA EL FUTURO. LO PUEDO REVOCAR EN CUALQUIER MOMENTO POR LA NOTIFICACIÓN POR ESCRITO.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

QUESTIONARIO PARA PACIENTES NIÑOS

Nombre de la Madre: _____ Edad: _____ Nombre del Niño: _____
 Ocupación: _____ Fecha de Nacimiento del Niño: _____
 Nombre del Padre: _____ Edad: _____ Fecha de Hoy: _____
 Ocupación: _____

Si los adultos trabajan fuera de la casa, ¿qué arreglos se hacen para el cuidado de este niño? _____

EMBARAZO Y NACIMIENTO

- Edad de la madre cuando nació el niño _____
- ¿Tubo la madre alguna enfermedad durante el embarazo? Sí No
- ¿Tomo ella alguna medicina aparte de vitaminas o hierro? Sí No
- ¿Nació su niño a tiempo? Sí No
- ¿Cuánto peso su niño al nacer? _____
- ¿Tubo el niño algún problema respiratorio al nacer? Sí No
- ¿Tubo el niño algún problema mientras estuvo en el hospital al nacer?
¿Qué Clase? _____ Sí No

HISTORIA MEDICA PASADA

- ¿A dónde ha ido su niño a que le hagan sus chequeos médicos hasta ahora? _____
- Fecha de la última revisión: _____
- Fecha de la última revisión dental: _____
- ¿Ha tenido su niño reacciones alérgicas a algunas medicinas, comidas, picaduras de insectos?
¿Cuáles son? _____ Sí No
- Has your child had any reactions to any immunizations?
Which ones? _____ Sí No
- ¿Ha tenido su niño algunas reacciones a algunas vacunas?
¿Para que? _____ Sí No
- ¿Algunas heridas serias?
¿Qué clase de heridas? _____ Sí No
- ¿Algunas medicinas que tome su niño regularmente?
¿Cuáles son? _____ Sí No

HISTORIA

- ¿Se encuentran los padres de este niño en buena salud? Sí No
- Marque cualquier enfermedad que hayan tenido los padres, abuelos, hermanos, hermanas, tíos, tías del niño:
 Anemia Asma Alergias Diabetes Presión Alta
 Problemas del Corazón Tuberculosis Enfermedades Mentales
 Problemas de Drogas o Alcohol Enfermedades Hereditarias
 Enfermedades venéreas Cáncer SIDA Otras
- List the age, sex and general health of brothers and sisters: _____
- Have any of your children died? Sí No

ALIMENTACION Y NUTRICION

- Usualmente su hijo tiene buen apetito Sí No
- ¿Esta bueno ahora? Sí No
- ¿Durante los primeros 3 meses tubo cólicos severos o problemas de alimentación? Sí No
- ¿Algunas comidas que no le caigan bien a el/ella? Sí No
- ¿En los primeros 6 meses esta el o ella (estuvo el o ella) alimentado con pecho o con mamila? _____
- Si todavía toma formula, ¿cuál es la que usa? _____

REVISION DE LOS SISTEMAS

- ¿Tiene su niño frecuentes infecciones del oído? Sí No
- ¿Algunos problemas en los ojos? Sí No
- ¿Tiene el/ella frecuentes resfríos o dolores de garganta? Sí No
- ¿Tiene asma, neumonía o repetidas toses? Sí No
- ¿Tiene el/ella problemas o murmullo del corazón? Sí No
- ¿Algún problema con su orina? Sí No
- ¿Algún problema con diarrea o estreñimiento? Sí No
- ¿A tenido alguna convulsión u otro problema del Sistema Nervioso? Sí No
- ¿Cualquier eczema, roncha u otras condiciones de la piel? Sí No
- ¿Alguna vez su niño ha estado anémico? Sí No
- Por favor mencione cualquier otro problema médico: _____

DESARROLLO/CONDUCTA

- ¿A qué edad su niño se sentó solo? _____
- ¿A qué edad el o ella caminó solo? _____
- ¿Dijo el o ella alguna palabra para la edad de un año y medio? Sí No
- ¿Cómo es este niño comparando con otros de su edad? _____
- ¿Tiene el o ella problemas para dormir? Sí No
- ¿En qué grado esta el o ella? _____
- ¿Ha tenido el o ella algún problema en la escuela? Sí No
- ¿Se lleva bien el o ella con otros niños? Sí No
- Marque si su niño(a) ha tenido algunas de las siguientes:
 Se Muerde las Uñas SeChupa el Dedo Se Orina en la Cama
 Mal Genio Problemas con el Entrenamiento del Baño Hiperactivo
 Pesadillas Problemas del Habla Problemas de Disciplina Otros

SEGURIDAD/AMBIENTE

- Vive usted en (marque uno):
 Una Casa Privada Apartamento Una Casa Móvil Otros
- ¿Sabe usted cual es la temperatura mas caliente del agua en sus tuberías? Sí No
- ¿Tiene detectores de incendio funcionando en cada piso? Sí No
- ¿Su niño(a) siempre usa la silla de carro o el cinturón de seguridad cuando esta en el carro? Sí No
- ¿Hay alguien que fuma en la casa? Sí No
- ¿Hay algún problema con las condiciones de su casa (ratas, peladuras de pintura, ratones)? Sí No
- ¿Su niño(a) siempre usa el casco cuando maneja bicicleta? Sí No

INMUNIZACIONES

- ¿Tiene usted el registro de inmunizaciones? Sí No

Gracias por completar este formulario.

EL CONTRATO DE PACIENTE

First Refuge Ministries Medical Clinic es una agencia no del gobierno, sin ganancia y para dar los servicios saludosos a las familias en el condado de Denton que no tienen ninguna otra manera de obtener los auxilios médicos. Nuestra clínica usa solamente los médicos y las enfermeras voluntarios----los que no reciben ningún dinero para los servicios.

Para servirle a Ud. mejor, lo pedimos su cooperación en seguir las reglas nombradas abajo. Si no puede seguir estas reglas, o si las encuentran no aceptables, otra agencia medical pueda satisfacer sus necesidades.

Comprendo y estoy de acuerdo de hacer los siguientes:

1. Informo FIRST REFUGE MINISTRIES MEDICAL CLINIC si mi dirección, número de teléfono, ingreso o seguro cambia dentro de 30 días del cambio.
2. Daré FIRST REFUGE MINISTRIES MEDICAL CLINIC la noticia de 24 horas si no pueda mantener la cita con el doctor, la enfermera o el laboratorio.
3. Las pacientes deben llegar 30 minutos antes de su cita. Si llegan tarde para la cita, deben arreglar otra cita.
4. Si falto 3 citas sin notificar FIRST REFUGE MINISTRIES MEDICAL CLINIC, comprendo que sea posible que no puedo recibir nada más los servicios de FIRST REFUGE MINISTRIES MEDICAL CLINIC.
5. Autorizo a la persona medical que me sirve en FIRST REFUGE MINISTRIES MEDICAL CLINIC que comparta la información medical con los otros médicos cuando sea necesario por mi salud.
6. Autorizo a las personas en FIRST REFUGE MINISTRIES MEDICAL CLINIC que revelen los hechos de mi registración en FIRST REFUGE MINISTRIES MEDICAL CLINIC para recibir los otros servicios médicos de otra clínica sin ganancia.
7. Comprendo que tengo toda la responsabilidad para conseguir las pruebas y los tratamientos según los órdenes de los médicos en FIRST REFUGE MINISTRIES MEDICAL CLINIC. Comprendo si no sigo los órdenes del médico, mi tratamiento pueda ser en vano.
8. Comprendo si no soy cooperador, si soy abusivo verbal, intóxico, o comportarme de ninguna manera inoperatuna, es posible que no sea idóneo para los sevicios de FIRST REFUGE MINISTRIES MEDICAL CLINIC.
9. Siempre guardo mis niños conmigo.

He recibido una explicación completa de los servicios de FIRST REFUGE MINISTRIES MEDICAL CLINIC y comprendo y estoy de acuerdo con todas arriba. Comprendo que puedo ser terminado de FIRST REFUGE MINISTRIES MEDICAL CLINIC como paciente si he dado mala información o si no obedezco las reglas arriba.

() Yo mismo

() El/la siguiente para quien tengo la responsabilidad legal: _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del Intrevista: _____ **Fecha:** _____

EL CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO POR VOLUNTARIOS

Entiendo que los servicios que recibiré de First Refuge Ministries Medical Clinic (FRMMC) pudiesen ser por un voluntario que me estará suministrando atención, y que no lo administrará con expectativas de pago de dinero.

Además, entiendo que la ley de Texas impone límites en el recobro de los daños de cualquier voluntario en cambio por recibir cuidado en los servicios médicos. Esos límites incluyen la inmunidad de las responsabilidades civiles por cualquier acto de omisión resultando en la muerte o en el daño al paciente si:

1. El voluntario estaba actuando de buena fe en el transcurso y alcance de sus deberes o funciones dentro de la organización.
2. El voluntario comete el acto u omisión en el transcurso de suministrar los servicios de salud al paciente.
3. Los servicios suministrados están dentro del alcance de la licencia del voluntario, y antes de que el voluntario suministre los servicios de cuidado de salud, el paciente, o si acaso el paciente es menor de edad, o de otra manera legalmente incompetente, los padres del paciente, tutor administrativo/legal, o cualquier otra persona con la responsabilidad legal del cuidado del paciente, firma una declaración escrita que admite:
 - a) Que el voluntario da los servicios sin ninguna expectativa de recibir ningún dinero; y
 - b) Los límites del recobro de los daños del voluntario en cambio por recibir los servicios del cuidado de salud.

Yo reconozco que los suministradores de los servicios de salud, como voluntarios, están facilitándome con atención sin ninguna expectativa de remuneración, y en el cambio por recibir los servicios de cuidado de salud, el recobro por daños está limitado.

() Yo mismo

() La siguiente persona por quién soy legalmente responsable: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Entrevista: _____ Fecha: _____

POLÍTICA DE LA MALA CONDUCTA

First Refuge Ministries Medical Clinic reserva el derecho de negar servicio a los pacientes que se han comportado de una manera que se considera inadecuada. El comportamiento inadecuado es por ejemplo, maldecir a un miembro del personal o a otro paciente, ser ruidoso o perjudicial en la sala de espera, y amenazar a cualquier miembro del personal o a otro paciente. Estos son ejemplos de la mala conducta, y la mala conducta no se limita solamente a estos actos.

Entiendo que si me comporto inadecuadamente, yo seré advertido, y podría ser despedido de la clínica, y ya no seré elegible para obtener los servicios de First Refuge Ministries Medical Clinic También entiendo que, dependiendo en la seriedad del incidente, el despido puede ser inmediato. Todos los incidentes serán examinados por nuestros médicos y la directora ejecutiva.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de un Testigo: _____ Fecha: _____

Para Uso de la Oficina:

ADVERTENCIA

Entiendo que me he comportado de una manera que se considerada inadecuada por First Refuge Ministries Medical Clinic También entiendo que si me comporto de forma inadecuada otra vez, yo seré despedido de la clínica y no seré elegible para obtener los servicios de First Refuge Ministries Medical Clinic Todas mis preguntas fueron contestadas, y he recibido una copia de esta política.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de un Testigo: _____ Fecha: _____

PACIENTE SE NEGÓ A FIRMAR

Firma de Voluntario o Personal: _____ Fecha: _____

Los Comentarios:

LA AUTORIZACIÓN DE USAR Y REVELER LA INFORMACIÓN MÉDICA Y CONFIDENCIAL

La clinica de First Refuge Ministries Medical Clinic (FRMMC) es una clinica benéfica que provide los servicios médicos a los personas que viven en el condado de Denton. Para mejorar los servicios médicos a los personas sin seguridades, para vencer los obstáculos y para facilitar la sistema de administración de los enfermedades de cada persona es posible que la clinica pueda necesitar compartir la información médica con otros médicos o laboratorios. No podemos compartit ninguna información sin la firma de cada paciente. Si nos da permiso de compartir su información médica y confidencial como se dice ésta forma, favor de firmar abaj

Yo, _____, le doy el permiso a FRMMC y a los administradores médicos que son parte de FRMMC usar, enviar y revelar mi información médica a todos que nos ayudan en dar el sérvicio médico.

Yo comprendo que la información médica y confidencial incluye los diagnósticos, los resultados de las pruebas del laboratorio y las drogas que me han dado y también incluyen la información de contacto como mi nombre, dirección, el número de los seguros sociales, el número de teléfono, etc. También pueda incluir la información del género, la raza, la edad, etc. que está en mis documentos en FRMMC.

Yo comprendo que la información que está compartido pueda incluir la salud mental, el abuso de las drogas, y el estado de HIV/SIDA y todas los archivos. SI NO QUIERO COMPARTIR ÉSTA INFORMACIÓN, TENGO LA OPCIÓN DE NO FIRMAR ÉSTA FORMA. Si firmo ésta autorización, tal información será usado como la ley federal nos atoriza.

Yo comprendo que ésta es una atorización límita. Solo doy la atorización de mandar la información de la salud que incluye los diagnósticos, las pruebas y los resultados de las pruebas y los resultados de los laboratorios, y la lista de las drogas que me han dado. También incluye la información de contacto y la información demográfica que está el los archivos de FRMC.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de un Testigo: _____ Fecha: _____

LA CORTINA QUESTIONARIO

LA CORTINA ESPIRITUAL

¿Tiene Ud. algún credo espiritual, cultural o étnico de que debemos saber? Sí No
 Si sí, descríbanoslos:

¿Quiere que alguien oracione con Usted hoy? Sí No

¿Quiere alguna información de una iglesia en la area hoy? Sí No
 Si sí, ¿de qué fe?:

LA CORTINA DE MALOS TRATOS/DESCUIDAR

¿Ha estado alguna vez en una relación donde recibí daño, una amenaza, o tenía miedo? Sí No

¿Ha recibido daño como una patada, una empujada fuerte o una herida de su esposo/a o novio/a o otra persona familiar? Sí No

Las pistas de malos tratos (ponga un cheque para los que apliquen): Defensivo Evasivo Deprimido o Apático
 Retirar de la Tocado Pobre Contacto Con los Ojos Los Heridas Frecuentes Asustadizo Demasiado

LA CORTINA DE LA ALIMENTACIÓN

Ponga un cheque para todos que apliquen al paciente:
 No hay riesgos de la nutrición deja las comidas come muchas meriendas caloríficas

¿Cuántas raciones de las legumbres come cada día?

¿Cuántas raciones de las fruta come cada día?

¿Cuántas raciones de agua toma cada día?

LA CORTINA FUNCIONAL

Ponga un cheque para todos que apliquen al paciente: Puede Andar No Puede Andar La Silla de Ruedas
 Los comentarios:

LA CORTINA DE DOLOR

El nivel de dolor (0-10):	La duración del dolor:
La locación del dolor:	La medicina usado para aliviar el dolor:

LA EVALUACIÓN DE APRENDER

¿Qué son los obstáculos en aprender que tenga?:
 Incapáz en Leer El Idioma La Vista El Oído La Religión o La Cultura El Estado Mental
 Explique:

¿Cómo aprende mayor?: La Explicación La Demostración El Oír Los Folletos Otros:

¿Cómo nos oyó?:

Notes: _____

Reviewed/Completed by: _____ Date: _____

REGLAS

1. Yo le informaré a First Refuge Ministries Medical Clinic(FRMMC) si mi dirección, número de teléfono, o aseguranza ha cambiado en los últimos 30 días.
2. Yo le daré a FRMMC 24 horas de aviso si no puedo asistir mi cita.
3. Los nuevos pacientes deben llegar 30 minutos antes del tiempo de la cita. Los pacientes existentes deben llegar 10 minutos antes del tiempo de la cita. Si el paciente llegue tarde para una cita, la cita habrá cambiado para la proxima cita disponible.
4. Si el paciente pierde 3 citas sin avisar a FRMMC antes del tiempo de la cita que no asista, no podrá recibir servicios médicos de FRMMC.
5. Yo, por este medio, autorizo cualquier cuidado de salud profesional asociado con FRMMC para divulgar cualquier información personal de salud a otro cuidado de salud profesional, cuando es necesario.
6. Yo, por este medio, authorizo al administrativo de la persona de FRMMC para divulgar mi registraci3n y cualquier cirnidura para los propositos de obtener cuidado de salud gratis en otra facilidad.
7. Yo entiendo que soy el responsable por lo siguiente entre exámenes y tratamientos ordenados por el proveedor de FRMMC. Yo entiendo que si yo descuido de seguir los ordenes del médico, mi tratamiento no va a tener éxito.
8. Yo entiendo que no podría ser eligible a recibir los servicios de FRMMC si no soy cooperativo o si soy fisicamente o verbalmente abusivo o si estoy borracho con alcohol o drogas ilegales, o si me comporto en un modo no apropiado.
9. Los padres deben guardar a sus niños todo el tiempo a su lado.

Yo comprendo bien estas reglas y estoy de acuerdo de seguirlas.

La firma del paciente: _____ Fecha: _____

La firma del proveedor: _____

DECLARACIÓN DE INGRESO DEL EMPLEADOR

_____ para mí haciendo _____
Nombre del empleado Tipo de trabajo

El/ella es pagado, antes de deducciones, \$ _____ sobre una base semanal/quincenal/mensual.
Marque uno

Este empleado ha sido contratado por mí o la empresa durante al menos cuatro semanas y no tiene seguro de salud a través conmigo o de la empresa.

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del Empleador: _____

Teléfono del Empleador: _____

Dirección del empleador: _____

PERMISO PARA AUTORIZAR CUIDADO MÉDICO

A Quien Le Corresponda:

Yo, el padre firmante o guardian legal, concedo al siguiente individuo(s):

Nombre:	Relacion al Niño:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Permiso que autorize al FIRST REFUGE MINISTRIES MEDICAL CLINIC(Doctor/ Enfermero/ PA/ ARNP, etc.) que le provee cuidado rutinario (normal) o de emergencia como ellos vean necesario dentro del mejor interes y salud de mi niño:

Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Esta autorizacion se mantendra en efecto hasta que sea revocada por mi.

Firma del Padre/Guardian Legal: _____ Fecha: _____

Verificacion de la Firma: _____ Fecha: _____