

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



## FORMULARIO PARA REGISTRARSE COMO PACIENTE

### Información del paciente

Nombre legal* Apellido(s)	Primer nombre	Segundo nombre	Nombre que prefiere usar
Nombre anterior Apellido(s)	Primer nombre	Segundo nombre	
Fecha de nacimiento Mes Día Año	Número del Seguro Social		
Teléfono de casa	Teléfono celular		
<b>Método que prefiere el paciente para recibir llamadas de recordatorio y notificaciones:</b> <input type="checkbox"/> Llamada de voz <input type="checkbox"/> Texto <b>Teléfono que prefiere:</b> <input type="checkbox"/> El de casa <input type="checkbox"/> El celular (Si marcó Texto, debe elegir El celular.)			
<b>Su correo electrónico</b>			
Domicilio donde recibe el correo	Ciudad	Estado	Código postal
Domicilio donde vive (si es diferente al del correo)	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre de su contacto de emergencia	Número de teléfono	Parentesco con el paciente	

### Información de la tutela (Si usted no es el padre o madre biológicos, proporcione la documentación legal que le otorga la tutela.)

Nombre	Parentesco	Domicilio (si es diferente al del/a paciente)	Correo electrónico (Se requiere para la cuenta del portal para apoderados.)	Teléfono

### Información del seguro médico del paciente

<b>¿Tiene seguro médico?:</b> Sí   No <b>Nombre de su compañía de seguros:</b> _____ <i>Es su responsabilidad presentar la tarjeta de su seguro médico en la recepción.</i>
<b>Pagos de las compañías de seguros:</b> Nosotros participamos en la asignación de pago con compañías de seguros <b>específicas</b> en nuestra área (en la recepción tenemos un letrero con la información). Si nos proporcionan la información correcta del seguro médico, presentaremos sus reclamos como una cortesía hacia usted, por ser nuestro(a) paciente. Lo que su seguro le cubre, es un contrato entre usted y el plan de su aseguradora. Usted será responsable de pagar cualquier cantidad que quede en su cuenta sin saldar, independientemente de la cantidad que cubra el seguro.
<b>Pagos de pacientes:</b> Se espera que los pacientes paguen la cuota de todas sus citas al momento de recibir los servicios.

### Información de la persona responsable del seguro médico (para los pacientes menores de 18 años)

Nombre	Número de teléfono	Parentesco con el paciente	Fecha de nacimiento
Dirección donde recibe el correo	Ciudad	Estado	Código postal

### PHI – Consentimiento para divulgar información autorizada (continúa en la 2<sup>da</sup> página)

<b>Autorizo a Northwest Colorado Health para que hablen con la(s) siguiente(s) persona(s) acerca de información de salud protegida relacionada a mi atención y tratamiento actual:</b>	
Nombre	Parentesco con el (la) paciente
Nombre	Parentesco con el (al) paciente
<b>La siguiente información es la que pueden comunicar verbalmente a la(s) persona(s) mencionada(s) arriba:</b>	
<input type="checkbox"/> Resultados de análisis de laboratorio.	<input type="checkbox"/> Facturación, seguro médico y pagos.
<input type="checkbox"/> Instrucciones o recomendaciones médicas.	<input type="checkbox"/> Tratamiento, instrucciones o recomendaciones de planificación familiar para adultos.
<input type="checkbox"/> Información sobre citas.	<input type="checkbox"/> Instrucciones o recomendaciones sobre tratamiento dental.
<input type="checkbox"/> Información sobre medicinas recetadas.	

Staff Initials / iniciales del personal: \_\_\_\_\_

Revision: April 2021

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

**(PHI, viene de la 1ª página)**

**Entiendo que:**

- La información que se divulgará verbalmente no debe incluir un diagnóstico o referencia alguna sobre la(s) siguiente(s) condición(es): *Servicios de salud emocional y conductual o atención psiquiátrica; pruebas genéticas; síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH).*
- Si no expreso que la quiero revocar, esta autorización vencerá automáticamente 1 año después de la fecha en que se firma abajo, a menos que pida una fecha de vencimiento menor a un año.
- En cualquier momento puedo revocar esta autorización por escrito, excepto cualquier acción que ya haya sido tomada en cumplimiento de ésta.
- La información divulgada de conformidad con la autorización podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por la ley de privacidad HIPAA.

**Información demográfica**

<b>1) Sexo al nacer:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<b>2) Estado civil actual:</b> <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Con pareja <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Legalmente separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	<b>3) Estatus estudiantil del paciente:</b> <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante de medio tiempo <input type="checkbox"/> No soy / no es estudiante	
<b>4) Situación laboral del paciente:</b> <input type="checkbox"/> Trabajo tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajo medio tiempo <input type="checkbox"/> Sin trabajo <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia <input type="checkbox"/> Jubilado(a) <input type="checkbox"/> Servicio militar activo <input type="checkbox"/> En la Reserva Nacional esperando asignación <b>Empleador:</b>	<b>5) Farmacia que prefiere:</b> Nombre _____ Ciudad/Estado _____	<b>6) Ingresos anuales en bruto (antes de la deducción de impuestos) del hogar (incluya los de su cónyuge):</b> \$ _____ <input type="checkbox"/> No tenemos ingresos <b>6a) ¿A cuántas personas (incluyendo usted) mantiene con estos ingresos? (si hay una embarazada en el hogar cuente el / los bebés aún no nacido/s)</b> _____	
<b>7) Raza (marque todas las que le correspondan)</b> <input type="checkbox"/> Afroamericana / Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Caucásica / Blanca <input type="checkbox"/> Nativa americana / nativa de Alaska / inuit (esquimal) <input type="checkbox"/> De una isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra (por favor especifique): _____	<b>8) Grupo étnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino	<b>9) ¿Trabajador migrante?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>10) ¿Veterano de EE. UU?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>11) ¿Ciudadano o inmigrante legal de los Estados Unidos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>12) ¿Habita en vivienda pública?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>13) ¿Está en situación de calle?</b> <input type="checkbox"/> No (estamos establecidos en vivienda permanente) <input type="checkbox"/> Mi residencia principal está en unas instalaciones privadas o públicas supervisadas <input type="checkbox"/> En una vivienda de transición <input type="checkbox"/> Viviendo en la calle <input type="checkbox"/> Viviendo en el carro <input type="checkbox"/> Viviendo en un refugio <input type="checkbox"/> Quedándome con familiares o amigos <input type="checkbox"/> Otra, por favor especifique: _____	<b>14) Identidad de género</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer transgénero que se identifica como hombre <input type="checkbox"/> Hombre transgénero que se identifica como mujer <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	<b>15) Orientación sexual</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	<b>16) ¿Quién lo(a) recomendó con nosotros?</b> <input type="checkbox"/> Yo mismo(a) <input type="checkbox"/> Un(a) amigo(a) o familiar <input type="checkbox"/> Un proveedor de atención médica <input type="checkbox"/> La sala de emergencias <input type="checkbox"/> En internet, el periódico o la radio <input type="checkbox"/> Otro _____

Por medio del presente certifico que toda la información que he dado, incluyendo la de los ingresos, es correcta.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Firma Mes / Día / Año Parentesco, si no es el paciente quien firma

Staff Initials / iniciales del personal: \_\_\_\_\_

Revision: April 2021

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Pacientes Existentes:**

Marque esta casilla y escriba sus iniciales si su historial de salud NO ha cambiado en los últimos 12 meses  \_\_\_\_\_

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico?  Si  No Si sí: \_\_\_\_\_

Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_

Medicamento / Suplementos	Dosis/Cantidad, Frecuencia
Alergias	Reacción

¿Está al día con sus vacunas?:  SI  NO  NO ESTOY SEGURO(A)

Historial General de Salud – Marque si ha tenido alguno de los siguientes				
SIDA/VIH Positivo	Medicación de Cortisona	Hepatitis B o C	Problemas de Sinusitis	
Enfermedad de Alzheimers	Diabetes I ó II	Presion Sanguinea Alta	Derrame Cerebral	
Angina	Enfisema	Presion Sanguinea Baja	Abuso de Sustancias	
Válvula Artificial del Corazón	Desmayos/Mareos	Prolapso de la Válvula Mitrial	Enfermedad de Tiroides	
Articulaciones Artificiales	Problemas de Audición	Dolor en las Articulaciones de la Mandíbula	Problemas de la Vista	
Asma	Marcapasos Cardíaco	Fiebre Reumática		
Cáncer	Heart Trouble/Disease	Lesión Grave en la Cabeza		
Quimioterapia	Hemofilia	Lesión Grave en el Cuello		
Herpes Labial/Ampolla de Fiebre	Hepatitis A	Enfermedad de Célula Falciforme		
EPOC				
OTRO:				
¿Algún médico o dentista previo le ha recomendado tomar antibióticos antes de sus citas dentales? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si sí, por favor explique: _____				
Mujeres: Está Ud....	<input type="checkbox"/> ¿Embarazada / Tratando de quedar Embarazada? <input type="checkbox"/> ¿Amamantando? <input type="checkbox"/> ¿Tomando Anticonceptivos Orales?			

Historial Quirúrgico			
Fecha	Tipo de Cirugía / Procedimiento		
Historial de Hospitalización Médica / Psiquiátrica			
Fecha	Razón de la Hospitalización		
Historial Familiar			
Miembro de la Familia	Estado	¿Que edad?	Enfermedades Médicas / de Salud Mental
Padre	Vivo/Fallecido(a)		
Madre	Vivo/Fallecido(a)		
Abuelo Paterno	Vivo/Fallecido(a)		
Abuela Paterna	Vivo/Fallecido(a)		
Abuelo Materno	Vivo/Fallecido(a)		
Abuela Materna	Vivo Fallecido(a)		
Hermana(s)	Vivo/Fallecido(a)		
Hermano(s)	Vivo/Fallecido(a)		
Hijo(s), Hija(s)	Vivo/Fallecido(a)		
Otros Familiares	Vivo/Fallecido(a)		
Historial Social			
¿Tiene acceso a alimentos de forma regular?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene acceso a una vivienda segura y protegida?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene acceso a transporte para llegar a sus citas médicas?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si tiene armas en su casa, ¿están guardadas y descargadas?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
¿Alguna vez ha sido golpeado, abofeteado, pateado, sacudido o lastimado por alguien incluyendo su pareja?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Hay alguien que te haga sentir inseguro actualmente?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Actualmente o alguna vez ha experimentado abuso sexual?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿A menudo se siente solo(a)?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Le preocupa su memoria o su capacidad para realizar actividades diarias por si solo(a)?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Se siente incómodo en entornos sociales o en grupos de personas?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



## Consentimiento de Tratamiento para un menor de edad.

En Northwest Colorado Health sentimos que es importante para el guardián de un menor de edad el atender todas las visitas, pero sabemos que esto tal vez no sea posible. Esta solicitud puede ser usada para permitir que un adulto diferente del padre/madre sirva como apoderado/tomador de decisiones (delegado) para cuidado de rutina médico y servicios en Northwest Colorado Health durante seguimientos y citas. Esta forma también puede ser usada para dar permiso a un niño/a menor de edad que sea tratado Northwest Colorado Health sin la presencia de su padre/madre, guardián legal o un apoderado/tomador de decisiones (Por favor lea: Un menor de edad puede obtener servicios de planeación familiar, incluyendo entre otros servicios: contracepción, examen de enfermedad de transmisión sexual STD- siglas en inglés, pre-natal y otros cuidados del embarazo, exámenes de senos y pélvicos, salud conductual, o tratamiento para adicción o uso de drogas o alcohol, sin obtener permiso paterno). Adicionalmente los menores que estén casados o embarazadas pueden tomar decisiones sin permiso del padre/madre o guardián legal.

Si usted quisiera designar a un apoderado/tomador de decisiones, por favor revise y complete la siguiente solicitud autorizando al apoderado/tomador de decisiones de dar consentimiento y de autorizar el tratamiento médico o servicios que involucren el cuidado del menor. Un apoderado debe de tener cumplidos o ser mayor a 18 años. Usted no necesita llenar esta forma para designar a un guardián legal como apoderado.

### AUTORIZACION:

Yo/ Nosotros como padres/guardianes legales del niño/a menor de edad:

\_\_\_\_\_  
Nombre del Menor de Edad

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

Doy mi/Danos nuestro consentimiento para el tratamiento de emergencia, rutina, dental y salud conductual dado por el juicio del proveedor que esté haciendo el tratamiento **sin importar de quien traiga al paciente a la clínica** (mientras que tengan cumplidos o sean mayores de 18 años.)

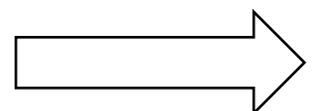
Excepción: liste a la persona (s) que no pueden traer a tratamiento al menor.

\_\_\_\_\_  
Excepción 1

\_\_\_\_\_  
Excepción 2

Yo (nosotros) tenemos el derecho legal de delegar dado consentimiento. Yo entiendo que información médica protegida pueda ser compartida con el apoderado para facilitar el hacer una decisión informada y por la presente estoy de acuerdo con que se comparta.

Iniciales del Staff: \_\_\_\_\_



**LIMITACIONES**

Por favor identifique cualquier limitación en específico en los tipos de servicios médicos para los cuales se está dando la autorización.

Ninguna  Limitaciones:

---

---

**Identificación del Padre/ Madre**

Información del contacto del pariente en relación con el tratamiento:

---

Nombre Padre/Madre	Teléfono	Teléfono alterno
--------------------	----------	------------------

---

Nombre Padre/Madre	Teléfono	Teléfono alterno
--------------------	----------	------------------

Por la presente indemnizo y mantengo inofensivo a Northwest Colorado Health, y a todos sus agentes, empleados, abogados, directores, aseguradores, afiliados, subsidiarios, corporaciones relacionadas, sucesores, herederos y cesionarios de todos y cada uno de las responsabilidades que actúan en confianza a esta autorización. También estoy de acuerdo en aceptar cualquier responsabilidad financiera de todo el cuidado y servicios entregados de conformidad en esta autorización. Esta autorización es válida por un año (1) a partir de la fecha firmada debajo, al menos que sea retirada por escrito a Northwest Colorado Health. Solo la firma del padre o madre es requerida.

---

Firma del Padre/ Madre o Guardián Legal

---

Fecha

Iniciales del Staff: \_\_\_\_\_

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

### **Consentimiento para tratamiento dental durante la pandemia del COVID-19**

Yo, \_\_\_\_\_, consciente y voluntariamente les doy permiso para que me den tratamiento dental completo durante la pandemia del COVID-19. Me han informado sobre las guías del Centro para el Control de Enfermedades, las recomendaciones de la Asociación Dental de Colorado y la Asociación Dental Americana, así como las órdenes de los funcionarios de Salud Pública locales y estatales.

#### **Cuestiones que hay con los procedimientos**

\_\_\_\_\_ Debido a la naturaleza extrema de esta pandemia, entiendo que el monitoreo post operatorio es difícil y mi doctor podría optar por desempeñar estos servicios de manera remota.

\_\_\_\_\_ Entiendo que después de mi procedimiento pudiera estar en mayor riesgo de contraer más infecciones y acepto quedarme en casa y buscar atención médica si empiezo con síntomas de COVID 19, incluyendo, entre otros, pérdida del gusto o del olfato, fiebre, dificultad para respirar, tos seca, escurrimiento nasal, dolor de garganta.

\_\_\_\_\_ Entiendo que, para mitigar estos riesgos, es importantísimo que me tome los medicamentos como se me recetaron. También entiendo que las recetas de ciertos medicamentos, como los opiáceos “para el dolor”, no se pueden ordenar a las farmacias por teléfono.

#### **Circunstancias únicas**

\_\_\_\_\_ En los procedimientos dentales se rocía agua (en aerosol), que es como se propaga la enfermedad. La naturaleza ultra fina de la rociada puede permanecer en el aire durante minutos y a veces hasta horas, lo cual puede transmitir el virus del COVID-19.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el virus del COVID-19 tiene un periodo de incubación largo, durante el cual, los portadores podrían no mostrar síntomas y aun así ser altamente contagiosos. Es imposible determinar quién lo tiene y quién no debido a lo limitadas que están las pruebas para el virus actualmente.

\_\_\_\_\_ Entiendo que debido a la frecuencia de las citas de otros pacientes de odontología y a las características del virus y de los procedimientos dentales, mi riesgo de contraerlo es más elevado al estar en un consultorio dental.

\_\_\_\_\_ Confirmando que no tengo (ni he tenido en los últimos 14 días) ninguno de los siguientes síntomas del COVID-19: fiebre, dificultad para respirar, tos seca, escurrimiento nasal, dolor de garganta.

\_\_\_\_\_ Confirmando que no he estado en contacto con ninguna persona que haya sido diagnosticada con COVID-19 en los últimos 14 días.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el CDC recomienda el distanciamiento social de por lo menos 6 pies para prevenir la transmisión de la enfermedad y en la odontología eso no es posible.

\_\_\_\_\_ Acepto que, si presento algún síntoma de, o me diagnostican con COVID-19, me comunicaré de inmediato con mi dentista para que se tomen las medidas adecuadas para limitar la propagación de los contagios.

\_\_\_\_\_ Por el presente reconozco que no se me ha dado ninguna garantía o seguridad de que el tratamiento propuesto será completamente exitoso. Se anticipa que el tratamiento brindará beneficio, sin embargo, debido a diferencias individuales de los pacientes, existe riesgo de fracaso, recaída, que necesiten repetirme el tratamiento selectivo o que mi actual condición empeore, lo cual incluye perder más dientes o hueso, a pesar de haber recibido la mejor atención.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



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

Al firmar este formulario, acuso recibo de las políticas que se indican a continuación:

- **Condiciones de admisión y autorización de tratamiento**
- **Política de citas con retraso y faltas de asistencia**
- **Carta de derechos y responsabilidades del cliente**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente si no es uno mismo

---

**Para los pacientes que participan en nuestros servicios de salud en la escuela: Atención Primaria, Dental, Salud Mental:**

*Registros de estudiantes razonablemente relacionados y necesarios para la prestación de los servicios de salud: Por la presente autorizo a Northwest Colorado Health a utilizar y recibir del respectivo Distrito Escolar del paciente, los registros estudiantiles de mi estudiante que estén razonablemente relacionados con, y sean necesarios para, la prestación de los servicios de salud de Northwest Colorado Health basados en la escuela. También autorizo al respectivo Distrito Escolar del paciente a divulgar y proporcionar a Northwest Colorado Health los expedientes escolares de mi estudiante que estén razonablemente relacionados con, y sean necesarios para la prestación de servicios de salud en la escuela por parte de Northwest Colorado Health*

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente si no es uno mismo



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

**AUTORIZACIÓN Y ACUSE DE RECIBO DEL AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Nuestro “Aviso sobre prácticas de la información” da a conocer cómo usamos y divulgamos datos de salud protegidos sobre usted. El Aviso contiene una sección que describe los derechos que usted tiene como paciente, según la ley. Tiene el derecho de revisar nuestro Aviso antes de firmar esta autorización. Los términos de nuestro Aviso pudieran cambiar; si lo cambiamos, usted puede obtener una copia modificada comunicándose a nuestra clínica.

Tiene el derecho de pedir que restrinjamos cómo se usan o divulgan datos de salud protegidos sobre usted para tratamientos, pagos o trámites relacionados con la atención médica. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo estamos, habremos de honrar tal petición.

Al firmar esta forma, nos da su permiso para que usemos y divulguemos datos de salud protegidos sobre usted para tratamientos, pagos y trámites relacionados con la atención médica. Tiene el derecho de revocar esta autorización por escrito y con su firma. Sin embargo, tal revocación no habrá de afectar a ninguna divulgación que ya hayamos hecho basándonos en su autorización previa. La Agencia proporciona esta forma para cumplir con la Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro Médico, HIPAA por sus siglas en inglés).

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que:

- Los datos de salud protegidos podrían ser divulgados o usados para tratamientos, pagos o trámites relacionados con la atención médica.
- La Agencia tiene un “Aviso sobre prácticas de la información” y me han dado la oportunidad de revisarlo.
- La Agencia se reserva el derecho de cambiar el “Aviso sobre prácticas de la información”.
- Tengo derecho a pedir restricciones sobre cómo se usan y divulgan mis datos de salud protegidos para llevar a cabo tratamientos, pagos y trámites relacionados con la atención médica, pero que la Agencia no está obligada a estar de acuerdo con estas restricciones.
- Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras, entonces, cesarán.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

\_\_\_\_\_  
Parentesco, si no es el o la paciente quien firma