

Padre/Tutor #1

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Residencial: _____

Teléfono Residencial: _____ Teléfono Móvil: _____

Teléfono del Trabajo: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Método de Contacto Preferido (elijá uno):

Llamar al móvil

Llamar al teléfono de casa

Mensaje de texto

Correo electrónico

Padre/Tutor #2

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Residencial: _____

Teléfono Residencial: _____ Teléfono Móvil: _____

Teléfono del Trabajo: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Método de Contacto Preferido (elijá uno):

Llamar al móvil

Llamar al teléfono de casa

Mensaje de texto

Correo electrónico

Contacto de Emergencia (que no sea el padre o tutor):

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Farmacia Preferida: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Reconocimiento y Firma:

Confirmó que la información en este formulario es actual y precisa. Entiendo que soy responsable financiero de todos los cargos, ya sean pagados por la compañía de seguros o no. También reconozco que he revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de recibir cualquier servicio proporcionado por Unity Pediatrics, LLC. La fecha efectiva de este aviso es el 15 de noviembre de 2022 y puede ser actualizada.

Firma del padre, tutor o paciente de 18 años o más.

Fecha

Historial Médico

Nombre del Paciente (Apellido, Nombre): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Antecedentes de Nacimiento:

Nombre del hospital: _____ Parto vaginal o por cesárea: _____

Peso al nacer: _____ Semanas de gestación: _____ Adoptado/a (Sí/No): _____

Problemas durante el embarazo, el parto o el parto (Sí/No): _____

Si es afirmativo, por favor explique: _____

Vacunas: ¿A qué edad recibió su hijo la última serie de vacunas? _____

Medicamentos (Recetados, de venta libre o vitaminas):

1. _____ 3. _____

2. _____ 4. _____

Condiciones Médicas (Incluye historial de fracturas óseas):

1. _____

2. _____

3. _____

Especialistas (Nombre y número de teléfono): _____

Hospitalizaciones (Donde el niño/a pasó la noche, excepto en el nacimiento):

	Fecha	Ubicación	Motivo
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____

Cirugías (incluye procedimientos dentales bajo anestesia general):

	Fecha	Ubicación	Motivo
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____

Antecedentes Familiares

Fecha: _____

¿Alguien en la familia ha sido diagnosticado con alguna de estas condiciones? Utilice estas iniciales para especificar la relación **con el/los niño(s)**. **(M)** madre, **(F)** padre, **(H)** hermano/a, **(AAM/AAP)** abuela/o materna/paterna, **(AMAM/APAP)** abuelo/a materno/paterno, **(TAM/TAP)** tía/o materna/paterna, **(TAMO/TAPO)** tío/a materna/paterna, **(UAM/UAP)** tío/a materno/paterno, y **(P)** primo/a hermano/a.

TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad)	Presión arterial alta
Alergias (alimentos - especifique) Alergias (estacionales)	Colesterol alto Triglicéridos altos
Síndrome de Asperger	Enfermedad Inflamatoria del Intestino
Asma	Síndrome de Intestino Irritable
Autismo	Enfermedad/Renales Quistes
Defectos de Nacimiento	Ojo Vago
Trastornos Sanguíneos	Enfermedad Hepática
Cáncer (¿qué tipo?) 1. 2. 3. 4.	Enfermedad Mental: 1. Ansiedad 2. Trastorno Bipolar 3. Depresión 4. TOC (Trastorno Obsesivo Compulsivo)
Enfermedad Celíaca	Migrañas
Enfermedad Cardíaca Congénita	Obesidad
Diabetes	Convulsiones
Abuso de Drogas (incluido el Alcoholismo)	Enfermedad de Células Falciformes Portador de Células Falciformes
Eczema	Accidente Cerebrovascular
Reflujo Gastroesofágico (GERD)	Enfermedad de la Tiroides
Problemas de Audición	Problemas de Visión

Historial Social

¿Quién vive en casa con el/los niño(s)? _____

¿El/los niño(s) viven en una casa, apartamento o refugio? Si hay dos hogares separados, por favor liste ambos.

1. _____

2. _____

Por favor **marque** sus elecciones.

¿Los padres son solteros, casados, separados o divorciados?

¿Hay fumadores en casa? Sí/ No

¿Los detectores de humo/monóxido están funcionando? Sí/ No

¿Hay armas de fuego en casa? Sí/ No

¿Tiene usted mascotas? Sí/ No Si sí, ¿qué tipo? _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo, (padre/madre, tutor legal o paciente de 18 años o más): _____
por la presente doy mi consentimiento a **Unity Pediatrics, LLC** para que brinde tratamiento médico por parte de cualquier médico autorizado y del personal clínico de Unity Pediatrics, LLC a el/los paciente(s) que se indican a continuación. Dicho consentimiento puede incluir, entre otros, inmunizaciones, administración de medicamentos, tratamientos con nebulizador, pruebas de laboratorio, inyecciones o procedimientos que se consideren necesarios o aconsejables. Se entiende que esta autorización se otorga antes de cualquier diagnóstico o tratamiento específico que pueda requerirse. Esta autorización permanecerá vigente a menos que sea revocada por escrito por el abajo firmante.

Paciente #1 _____ Fecha de nacimiento _____

Paciente #2 _____ Fecha de nacimiento _____

Paciente #3 _____ Fecha de nacimiento _____

Firma: _____ Fecha: _____

PERMISO PARA TRATAR A MENOR(ES) SIN LA PRESENCIA DEL PADRE O TUTOR

Autorizo que, si no estoy presente, las personas que se enumeran a continuación, quienes tienen 18 años o más, puedan acompañar a mi(s) hijo(s) a **Unity Pediatrics, LLC**. Estas personas pueden autorizar, en mi nombre, cualquier inmunización, administración de medicamentos, tratamientos médicos, pruebas de laboratorio, inyecciones o la realización de procedimientos que se consideren necesarios o aconsejables para mi(s) hijo(s), mediante consentimiento escrito o verbal. Entiendo que estas personas recibirán información de salud protegida relevante y que yo sigo siendo personal y financieramente responsable de todos los servicios médicos y tratamientos brindados a mi(s) hijo(s) conforme a esta autorización. Asimismo, ya sea que esté presente o no durante la visita, el copago, deducible o coseguro deberá pagarse en la fecha del servicio. Esta persona deberá presentar una identificación con foto al momento de la visita.

Persona #1: _____ Relación con el menor: _____
Teléfono: _____

Persona #2: _____ Relación con el menor: _____
Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Esta autorización permanecerá vigente **por 1 AÑO** a partir de la fecha de la firma.

Política de la oficina

Política de vacunación:

Los registros de vacunación son un requisito para todos los pacientes nuevos. Sólo aceptamos familias que vacunen a sus hijos. Unity Pediatrics, LLC cree apasionadamente en la eficacia de las vacunas para prevenir enfermedades graves y salvar vidas. Requerimos que todos los pacientes se vacunen de acuerdo con las pautas de la AAP. Nosotros lo hacemos **no** siga cualquier calendario de vacunación alternativo, ya que no se ha verificado su seguridad ni eficacia. No dividimos ni retrasamos las vacunas. No podemos aceptar el riesgo que los niños no vacunados o con vacunas insuficientes representan para otros niños y sus familias en nuestra clínica y en nuestras comunidades. Si se inscribe como paciente y cambia de opinión sobre esta política de vacunación, tendrá treinta días, a partir de esa decisión, para buscar otro médico que comparta sus valores.

Inicial _____

Etiqueta de comportamiento:

En Unity Pediatrics, LLC nos enorgullecemos de un ambiente cordial y respetuoso para todos los presentes en nuestras instalaciones. Sin embargo, no toleramos comportamientos inapropiados que no se ajusten a nuestra filosofía. No toleramos ningún comportamiento grosero, disruptivo o amenazante, ya sea en persona, por escrito, verbal o por medios electrónicos. Estos comportamientos incluyen pero no lo son se limita al uso de lenguaje obsceno, acoso, amenazas, agresión física, intimidación o vulneración del espacio personal del personal, pacientes o médicos. Esto conlleva el despido inmediato.

Inicial _____

Equipo:

El horario de atención es de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a jueves y de 9:00 a. m. a 4:00 p. m. los viernes. Las visitas son solo con cita previa. No se atiende sin cita previa. En ocasiones, puede haber variaciones en el horario, especialmente debido al mal tiempo. Recibirá una notificación sobre dicho cambio. Solicitamos a los padres/tutores que nos den al menos...**24-hora** aviso de cualquier cancelación. Las citas perdidas supondrán un cargo tarifa de \$50. Esto incluye consultas de telesalud y citas programadas para el mismo día. Esto incluye consultas de telemedicina. Tenga en cuenta que, en ocasiones, las consultas de telemedicina se realizan por teléfono (es decir, solo por audio). Los cargos se facturará según las normas del seguro. Podría haber un cargo adicional por citas fuera del horario laboral, fines de semana o días festivos.

Inicial _____

Citas tardías:

Si llega tarde, por favor llame a la oficina. Si se atrasa más de 15 minutos con su cita de control de bienestar, es posible que tenga que reprogramar. Si el paciente está enfermo o tiene una consulta de telemedicina, intentaremos adaptarnos. Los pacientes que lleguen puntuales tendrán prioridad. Las llegadas tardías continuas podrían resultar en el alta del consultorio.

Inicial _____

Citas de telemedicina:

Las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a los servicios de telesalud. Toda la información obtenida durante el uso de los servicios de telemedicina se utiliza únicamente para la continuidad de la atención. Los médicos de Unity Pediatrics, LLC no grabarán videos, audios ni fotos de su(s) hijo(s) durante los servicios de telemedicina sin su consentimiento.. También entiendo que no puedo grabar ninguna parte de la videoconsola, ni tomar fotografías ni capturas de pantalla sin el consentimiento del médico de telemedicina. Las consultas de telemedicina pueden requerir un copago según lo indique su compañía de seguros.

Inicial _____

Pautas para la visita de telemedicina:

Colocar al paciente en un lugar bien iluminado. Habitación con tan pocas distracciones como sea posible. Obtener la temperatura y el peso del niño. Tenga una linterna a mano, por si la necesita. Asegúrese de tener una buena conexión wifi. Actualice la información de la farmacia. Las visitas de telemedicina no **se llevarán a cabo cuando el padre/cuidador** está conduciendo.

Inicial _____

Referencias:

Si su plan de seguro requiere una derivación para que su hijo vea a un especialista, obtenga análisis de laboratorio o reciba un estudio radiológico, debe permitir tres días hábiles para que completamos los formularios correspondientes antes de obtener los servicios. Es posible que tenga que reprogramar la cita de su hijo si no recibimos la notificación correspondiente. Por lo general, no podremos emitir una referencia sin una evaluación médica.

Inicial _____

Llamadas telefónicas:

Las llamadas telefónicas, durante el horario laboral, que requieran una conversación extensa sobre la atención médica de su hijo, pueden tener un cargo, según las pautas del seguro. Los médicos están disponibles de guardia fuera del horario laboral. Estas llamadas son...**solo para** asuntos urgentes, llame a la oficina para obtener más información. En caso de emergencias que pongan en peligro la vida, llame al 911 de inmediato. En caso de intoxicación o ingestión accidental, llame primero al Centro de Control de Envenenamientos al 1-800-222-1222.

Inicial _____

Prescripciones:

Las solicitudes de resultado de recetas se realizan durante el horario laboral habitual. Requerimos seguimiento regular de la medicación para enfermedades crónicas como el asma y el TDAH cada 3 meses. Por favor, espere hasta tres días hábiles para completar las solicitudes.

Inicial _____

Formularios escolares:

La cumplimentación de los formularios solo se realizará si el niño ha tenido un control de bienestar. dentro **de 1 año desde la solicitud del formulario**. El nombre y la fecha de nacimiento del niño deben estar en la parte superior de cada página. El padre/tutor legal debe completar las secciones designadas y proporcionar el formulario completo para su revisión. No comenzaremos a completar el formulario hasta que se completen todas las secciones requeridas por el padre/tutor legal. **Si presenta un formulario físico al momento de la cita de niño sano, no habrá ningún costo**. El pago debe realizarse al momento de entregar el formulario. Si recibimos los formularios en cualquier otro momento, se aplicará un cargo. No podemos enviar estos cargos a su compañía de seguros para su pago. No enviamos facturas por los formularios.

HONORARIOS:

Formularios escolares: \$15 (5-7 días hábiles). Tarifa urgente: \$25 (dentro de tres días hábiles). Familia: \$40 (tarifa fija) hasta tres formularios; cuatro o más: \$10 por cada formulario adicional.

Formularios de medicación: \$10 cada uno; \$20 (2-3 formularios); 4 o más: tarifa fija de \$30 **Formulario FMLA:** \$30. Tarifa urgente \$40. **Cartas extensas/detalladas:** Tarifa de \$10.

Puede proporcionar el número de fax de la escuela para enviar los formularios completos a la escuela.

Inicial _____

Comunicado de fotografía general:

Por la presente, autorizo a Unity Pediatrics, LLC a publicar fotografías tomadas de mí y/o de mi(s) hijo(s) en eventos de práctica, para su uso en el sitio web de Unity Pediatrics, LLC, Facebook, materiales impresos, en línea y en video de marketing, así como otras publicaciones de la Compañía. Por la presente, libero y eximo de responsabilidad a Unity

Pediatrics, LLC de cualquier expectativa razonable de privacidad o confidencialidad asociada con las imágenes especificadas anteriormente. Además, reconozco que mi participación es voluntaria y que no recibiré compensación financiera de ningún tipo asociada con la toma o publicación de estas fotografías o la participación en materiales de marketing de la compañía u otras publicaciones de la Compañía. Reconozco y acepto que la publicación de dichas fotos no confiere ningún derecho de propiedad ni regalías. Por la presente, libero a Unity Pediatrics LLC, sus contratistas, sus empleados y cualquier tercero involucrado en la creación o publicación de materiales de marketing de la responsabilidad por cualquier reclamo mío o de un tercero en relación con mi participación.

Inicial _____

Padres separados o divorciados:

Los médicos y el personal de la oficina no se involucran en asuntos domésticos ni desacuerdos por teléfono ni en la oficina. Por favor, tome decisiones sobre citas y vacunas antes de acudir a la cita. Solo en casos con una orden judicial confirmada y documentada, uno de los padres no tendrá acceso al historial clínico electrónico del menor. Si no existe una orden judicial en nuestro archivo, cualquiera de los padres o tutor legal puede firmar un formulario de autorización médica. Esto permitirá que cualquier persona designada traiga a su hijo a nuestra consulta, esté presente durante la visita y dé su consentimiento para cualquier tratamiento durante la misma.

No participaremos en ninguna disputa relacionada con las personas nombradas en los formularios de consentimiento, a menos que el tribunal lo ordene. Cualquiera de los padres o tutores legales puede programar una cita para su hijo, estar presente en la visita y/u obtener una copia del resumen de la misma. Es responsabilidad de ambos padres comunicarse entre sí sobre la atención del paciente, las fechas de las visitas al consultorio y cualquier otra información pertinente. El médico no tiene la responsabilidad de comunicar la información de la visita a cada padre con custodia por separado. Nuestros médicos no llamaré al padre ausente después de las visitas. Además, no llamaremos al otro padre para solicitar su consentimiento sobre las citas programadas y restringimos la participación de cualquiera de los padres en el cuidado del paciente a menos que lo autorice la ley. No toleraremos la programación de citas ni cancelar patrones de comportamiento entre los padres.

Además, los pagos incluyen copagos, deducibles, el coseguro o cualquier tarifa adicional cobrada por su seguro se deben pagar al momento del servicio, independientemente de cuál de los padres sea responsable de los gastos médicos. Recaudamos el pago del padre que traiga al niño a su visita. Si la sentencia de divorcio exige que el otro progenitor pague la totalidad o parte de los costos del tratamiento, es responsabilidad del progenitor que autoriza el cobro. Cualquier disputa sobre el pago que termine en el proceso de cobro requerirá el pago al momento del servicio o el paciente no podrá asistir a la cita. Si consideramos que alguno de los puntos anteriores se está convirtiendo en un problema en la consulta o está comprometiendo la atención al paciente, tenemos el derecho de dar de baja a la familia de la consulta.

Inicial _____

Historial médico:

Complete el formulario de autorización médica para solicitar la transferencia de su historial médico. La transferencia de historial a otro médico o centro de salud es gratuita. La tarifa para uso personal es de \$0.25 por página para las primeras veinte páginas y de \$0.50 por página para las páginas de 21 o más. Se aplicará un cargo adicional por envío y manipulación. **Tenga en cuenta:** Sólo proporcionaremos registros de las visitas de su hijo a Unity Pediatrics, LLC solo. Para registros de proveedores o instalaciones externas, debe obtenerlos directamente de ellos.

Inicial _____

Terminación de la relación práctica-paciente: Despido familiar:

Esta política se aplicará si hay una violación de la política de comportamiento, saldos impagos a pesar del plan de pago vigente, negarse a pagar las tarifas adeudadas al consultorio, tres o más citas perdidas por familia y rechazo a la vacuna. Puede haber otras razones por las que la clínica, a su entera discreción, considere que debe darse por terminada la relación clínica-paciente.

Inicial _____

POLITICA FINANCIERA

Nos comprometemos a brindarle la mejor atención médica disponible. La siguiente política financiera tiene como objetivo evitar malentendidos y brindarle un resumen de nuestras expectativas.

Tenga en cuenta que Unity Pediatrics, LLC tiene un contrato con su compañía de seguros para cobrar su copago o deducible al momento del servicio. La persona que traiga al niño a la oficina será responsable financieramente del copago. En el caso de familias divorciadas, separadas o con custodia parental, Unity Pediatrics, LLC no se involucra en ninguna disputa financiera sobre la responsabilidad del pago de los gastos médicos del niño. Los padres son responsables de comunicarse entre sí sobre el tratamiento y los asuntos de pago. Al firmar como garante a continuación, usted acepta ser financieramente responsable de la atención que brindamos a su hijo, independientemente de si una sentencia de divorcio, custodia u otro acuerdo impone esa obligación a su excónyuge o al otro progenitor del niño. Podemos proporcionarle recibos de las facturas médicas pagadas, si lo solicita. Tenga en cuenta que si un niño no está con uno de sus padres o tutor legal, el adulto acompañante deberá realizar el pago correspondiente. En el portal del paciente, se publicará un resumen o información sobre cada visita, que podrá utilizarse para la comunicación con los padres.

Seguros, facturación y responsabilidad del paciente

Como cortesía a nuestros pacientes, Unity Pediatrics, LLC facturará a su compañía de seguros. Recuerde que su seguro es...**contrato entre usted y la compañía de seguros, no el médico**. Usted es responsable financieramente de todos los cargos no cubiertos por la compañía de seguros. Debe reportar correctamente TODAS las coberturas de seguro. No hacerlo constituye fraude de seguros. Esto también resultará en la responsabilidad total del paciente por su factura. Si la reclamación se vuelve a procesar debido a información de seguro inválida, se aplicará un cargo de \$25.00 por nueva presentación.

Los saldos después de que el seguro primario o secundario haya procesado la reclamación son su responsabilidad. Consulte su Explicación de Beneficios (EOB) para conocer la responsabilidad prevista del paciente. El pago vence después de recibir el estado de cuenta. Si no comprende la cobertura específica de su plan, llame a su compañía de seguros. Le recomendamos que consulte con su aseguradora al menos dos semanas antes de su cita. Es su responsabilidad saber si su seguro cubre chequeos de bienestar, vacunas, exámenes anuales de la vista y la audición, análisis de laboratorio u otros procedimientos. El costo puede ser parte del deducible.

El enfoque de las visitas de niño sano es la atención preventiva y el seguimiento de los hitos del desarrollo. En ocasiones, **es posible que tenga preguntas o inquietudes adicionales que puedan surgir que** quedan fuera del alcance de estas visitas. Para su comodidad, si el tiempo lo permite, haremos todo lo posible por abordar estas inquietudes en el momento de la visita. Sin embargo, su compañía de seguros podría reconocer estos servicios como fuera del nivel de una visita de pozo. Puede **incurrir en un cargo adicional (copago) por parte de su compañía de seguros**.

Esta política no se aplica a pacientes con seguro Medicaid y Medicaid HMO.

Autorización de tarjeta de crédito

Le solicitaremos que tenga una tarjeta de crédito registrada. Su firma a continuación autoriza a Unity Pediatrics, LLC a cargar a su tarjeta de crédito todos los saldos que su seguro médico considere "responsabilidad del paciente", es decir, copagos, deducibles, servicios no cubiertos, etc. Su copago o deducible deberá abonarse al momento del servicio. Usted comprende que, una vez que el seguro médico haya procesado las reclamaciones de su hijo, rec una Explicación de Beneficios (EOB). Esta Explicación de Beneficios mostrará cualquier saldo pendiente. Esto es responsabilidad del padre/tutor. Un sitio seguro guardará la información de su tarjeta de crédito para futuros pagos de servicios. Recibirá una copia del recibo. Sólo aceptamos tarjetas de crédito/débito para visitas a la oficina.

Pago propio

Si no tiene seguro, no lo aceptamos o no podemos validar su cobertura, usted será responsable del pago total de los cargos. No enviamos facturas si el pago es por cuenta propia. Si proporciona un comprobante de seguro participante, recibirá un reembolso del monto cobrado. Si está asegurado por una compañía de seguros no

participante, esperaremos su pago al momento del servicio. Es tu **responsabilidad presentar** cualquier reclamación a su compañía de seguros para su reembolso directo. El pago de todos los estados de cuenta vence al recibirse. Si los cargos permanecen impagos después de 30 días, le enviaremos un segundo estado de cuenta solicitando el pago inmediato. Si el estado de cuenta permanece impago después de 60 días, recibirá otra notificación y la factura acumulará cargos por mora. Recibirá una carta informando que nuestra relación está sujeta a cancelación después de 30 días de atención urgente o de emergencia. Nos reservamos el derecho de presentar su cuenta ante nuestra agencia de cobranza después de que todos los esfuerzos internos no hayan dado como resultado el pago.

PLANES DE PAGO:

Entendemos que circunstancias extraordinarias pueden impedir el pago completo y puntual de su saldo. Colaboraremos con usted para acordar un plan de pago si es necesario. Debemos tener un plan de pago firmado y usted debe pagar regularmente para evitar futuras acciones en su cuenta. Podemos mantener su tarjeta de crédito registrada de forma segura para pagos automáticos mensuales. Si su cuenta se atrasa 90 días o más, sin correspondencia ni pago de su parte, su cuenta se transferirá automáticamente a una agencia de cobranza externa. Nos reservamos el derecho de transferir su cuenta a nuestra agencia de cobranza después de que se hayan realizado todos los esfuerzos internos para obtener el pago. Usted será responsable de la tarifa cobrada por la agencia por los costos de cobranza, además del monto original adeudado. Los saldos impagos que se envíen a la compañía de cobranza pueden resultar en la expulsión de la familia del consultorio.

NO SHOW/CANCELACIÓN DE CITAS:

Si es necesario cancelar su cita, requerimos que nos notifique **al menos 24 horas** antes de la cita. De no hacerlo, se aplicará un cargo de \$50.00. Esto incluye las citas programadas para el mismo día. El pago de esta tarifa debe realizarse antes de programar la próxima cita. Como cortesía, le llamamos o le enviamos un mensaje de texto para recordarle; sin embargo, usted es responsable de la cancelación, incluso si no recibió una llamada o un mensaje de texto. Nos reservamos el derecho de darle de baja de nuestra clínica por faltar a tres citas.

RESPONSABILIDAD DE PAGO:

Al momento del servicio, el adulto acompañante que inscribe a un menor en nuestra clínica acepta la responsabilidad final del pago. Enviaremos los estados de cuenta al fiador que figura en su hoja de registro.

Al firmar a continuación, la parte responsable reconoce, lee y comprende la política financiera de Unity Pediatrics, LLC y se compromete a cumplir los términos y condiciones aquí establecidos. La clínica podrá modificar los términos de esta política financiera en cualquier momento sin previo aviso al garante. La falta de firma de este acuerdo podría resultar en la baja del paciente.

Firma del padre, responsable o paciente >18 años

Fecha

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento