

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE (eCW)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(En letra de imprenta)

Nombre legal del paciente: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Inicial del segundo nombre) _____

Nombre completo preferido (si es diferente del anterior): _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono particular (línea fija): _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono laboral: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Identidad de género: Mujer Hombre Mujer transgénero a hombre Hombre transgénero a mujer Genderqueer Elige no especificar
 Categoría de género adicional no incluida en la lista _____

Raza: Indio americano/nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawaii/isleño del Pacífico Negro/afroamericano Blanco
 Hispano Elige no especificar Otro que no figura en la lista _____

Etnia: Hispano o latino No hispano o latino Elige no especificar

Idioma preferido: Inglés Español Lenguaje de señas Japonés Mandarín Coreano Francés Indio: Hindi, Tamil, Gujarati, etc.
 Swahili Ruso Árabe Vietnamita Criollo haitiano Bosnio/Croata/Serbio/Serbocroata Albanés
 Birmano Tagalo Farsi-Irani/Persa Portugués Camboyano Otros que no figuran en la lista _____

Número de Seguro Social del paciente: _____ - _____ - _____

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (si no es el paciente)

(Información utilizada para los estados de cuenta del paciente)

Parte responsable: Otro paciente Garante El paciente mismo Marque aquí si la información de dirección y teléfono es la misma que la del paciente

Nombre de la parte responsable: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Inicial del segundo nombre) _____

Fecha de nacimiento: DD ___/MM ___/AAAA _____ Sexo: Femenino Masculino

Número de Seguro Social de la parte responsable: _____ - _____ - _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO: Presente sus tarjetas de seguro (primario, secundario, etc.) en la recepción al ingresar.

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____

Número de teléfono: _____ ¿Tiene un testamento en vida? Sí No

Relación del contacto de emergencia con el paciente: _____ Tutor

Domicilio _____

Ciudad, estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____ Ext. _____

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

AL PACIENTE: Como paciente, usted tiene derecho a recibir información sobre su afección y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico que se va a utilizar, para que pueda tomar una decisión sobre si someterse o no a un tratamiento o un procedimiento después de conocer los riesgos y peligros que implica. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un intento de obtener su permiso a fin de realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento o el procedimiento adecuados para cualquier afección identificada.

Este consentimiento nos otorga su permiso para realizar los exámenes médicos, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) es su intención que este consentimiento continúe vigente, incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento y (2) autoriza el tratamiento en este consultorio o en cualquier otro consultorio satélite de propiedad común. El consentimiento continuará plenamente vigente hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene derecho a discontinuar los servicios en cualquier momento.

Usted tiene derecho a analizar el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que le sea indicada. Si tiene alguna inquietud sobre alguna prueba o tratamiento que haya indicado su proveedor de atención médica, le recomendamos hacer preguntas. Voluntariamente solicito a un médico o proveedor de nivel medio (enfermero practicante, asistente del médico o especialista en enfermería clínica) y otros proveedores de atención médica o las personas designadas, según sea necesario, que realicen el examen médico, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios para la afección por la que busqué atención médica en este consultorio. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de realizar las pruebas o los procedimientos.

Certifico que leí y entiendo plenamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento pleno y voluntario a su contenido.

Firma del paciente o representante personal: _____ Fecha: _____

Firma del paciente o representante personal en letra de imprenta: _____ Vínculo con el paciente: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento del paciente para comunicaciones financieras

Acuerdo financiero.

- Estoy al tanto de que, como cortesía, NEUROSURGICAL SPECIALISTS OF EL PASO, PLLC puede facturar a mi compañía de seguros los servicios que me han proporcionado.
- Estoy de acuerdo en pagar por los servicios que no están cubiertos o por los cargos cubiertos no pagados en su totalidad incluyendo, entre otros, cualquier copago, coaseguro o deducible, o cargos no cubiertos por el seguro.
- Entiendo que hay un cargo por cheques devueltos.

Cobros por terceros. Reconozco que NEUROSURGICAL SPECIALISTS OF EL PASO, PLLC puede utilizar los servicios de una entidad asociada o afiliada externa como una oficina comercial extendida ("Prestador EBO") para la facturación y mantenimiento de cuentas médicas.

Asignación de beneficios. Por el presente, asigno a NEUROSURGICAL SPECIALISTS OF EL PASO, PLLC cualquier seguro u otros beneficios de terceros disponibles para los servicios de atención médica que se me proporcionan. Entiendo que NEUROSURGICAL SPECIALISTS OF EL PASO, PLLC tiene derecho a rechazar o aceptar la asignación de tales beneficios. Si estos beneficios no se asignan a NEUROSURGICAL SPECIALISTS OF EL PASO, PLLC, estoy de acuerdo en reenviar todos los pagos de seguro de salud o de terceros que reciba por servicios que se me proporcionen inmediatamente después de recibirlos.

Certificación de paciente de Medicare y asignación de beneficios. Certifico que cualquier información que yo suministre, si la hubiere, al solicitar pagos según el Título XVIII ("Medicare") o el Título XIX ("Medicaid") de la ley del Seguro Social es correcta. Solicito que los pagos de beneficios autorizados de los programas Medicare o Medicaid se hagan, en mi nombre, a NEUROSURGICAL SPECIALISTS OF EL PASO, PLLC.

Consentimiento para llamadas telefónicas para comunicaciones financieras. Para que NEUROSURGICAL SPECIALISTS OF EL PASO, PLLC o los prestadores de servicios de oficina comercial extendida (EBO) y los agentes de cobro mantengan mi cuenta o cobren los montos que pueda deber, expresamente acepto y doy mi consentimiento para que NEUROSURGICAL SPECIALISTS OF EL PASO, PLLC o el prestador de oficina comercial extendida y los agentes de cobro puedan ponerse en contacto conmigo, en relación con los servicios prestados o mis obligaciones financieras, por teléfono en cualquier número de teléfono, sin limitación de conexión inalámbrica, que yo haya proporcionado, o que NEUROSURGICAL SPECIALISTS OF EL PASO, PLLC o el prestador de oficina comercial extendida y los agentes de cobro hayan obtenido o en cualquier número de teléfono al que se haya remitido o transferido la llamada desde ese número. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales o el uso de un dispositivo de marcado automático, según corresponda.

Una fotocopia de este consentimiento se considerará con la misma validez que el original.

Firma del paciente/representante del paciente: _____ **Fecha:** _____

Si usted no es el paciente, indique su vínculo con el paciente (marque con un círculo o marque los vínculos en la siguiente lista):

Cónyuge
Padre/madre
Tutor legal

Garante
Poder notarial para asistencia sanitaria
Otro (especifique) _____

FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE, SEGÚN LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD (HIPAA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Aviso sobre privacidad clínica/del consultorio.

_____ (Iniciales del paciente/representante) Reconozco que he recibido el Aviso sobre privacidad clínica/del consultorio, que describe las formas en que el consultorio/la clínica podrá usar y divulgar mi información de atención médica para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos. Entiendo que puedo comunicarme con el Funcionario de Privacidad designado en el aviso si tengo alguna pregunta o queja. Entiendo que esta información puede ser divulgada electrónicamente por el prestador o por sus socios comerciales. En la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información para los propósitos descritos en el Aviso sobre privacidad clínica/del consultorio.

Divulgación a amigos y/o miembros de la familia

¿DESEA DESIGNAR A UN MIEMBRO DE SU FAMILIA O A OTRA PERSONA CON QUIEN EL PRESTADOR PODRÁ ANALIZAR SU AFECCIÓN MÉDICA? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿A QUIÉN? Doy permiso para que mi información protegida de salud sea divulgada con el propósito de comunicar resultados, conclusiones y decisiones de atención a los miembros de la familia y a otras personas que se indican a continuación:

Nombre	Vínculo	Número de contacto
1:		
2:		
3:		

El paciente/representante puede revocar o modificar esta autorización específica, y tal revocación o modificación deberá hacerse por escrito.

Consentimiento para fotografiar o realizar otras grabaciones para operaciones de seguridad y/o atención médica

Brindo mi consentimiento _____ (Iniciales del paciente/representante) para que se tomen fotografías, se realicen grabaciones digitales o de audio, o para que se registren imágenes de mi persona por razones de seguridad, de atención al paciente y/o por razones de operaciones de atención médica del consultorio/la clínica (por ejemplo, actividades de mejora de calidad). Entiendo que la clínica conservará los derechos de propiedad de las imágenes o grabaciones. Se me permitirá solicitar acceso a o copias de las imágenes y/o grabaciones cuando sea tecnológicamente factible, a menos que esté prohibido por ley. Entiendo que estas imágenes y/o grabaciones serán protegidas y guardadas de forma segura. Las imágenes o grabaciones en las que estoy identificado no serán divulgadas ni utilizadas sin una autorización específica por escrito mía o de mi representante legal, a menos que esté de otro modo permitido o sea exigido por ley.

-O-

No brindo mi consentimiento _____ (Iniciales del paciente/representante) para que se tomen fotografías, se realicen grabaciones digitales o de audio, ni para que se registren imágenes de mi persona por razones de seguridad, de atención al paciente o de operaciones de atención médica del consultorio/la clínica (por ejemplo, actividades de mejora de calidad).

Consentimiento para el uso de correo electrónico, teléfono celular o mensajes de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica:

Queremos estar conectados con nuestros pacientes. Los pacientes de nuestro consultorio/nuestra clínica podrán ser contactados por correo electrónico, llamadas a su teléfono celular (incluidos mensajes pregrabados/de voz artificial y/o llamadas de un dispositivo de marcación automática) y/o mensajes de texto para confirmar una cita, para recibir comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica y para recibir recordatorios/información general sobre salud. Si en algún momento, usted proporciona una dirección de correo electrónico, un número de teléfono celular, una dirección o un número para mensajes de texto, a continuación, usted entiende que podrá recibir estas comunicaciones del consultorio/de la clínica. Usted podrá rechazar estas comunicaciones en cualquier momento (consultar la página siguiente). El consultorio/la clínica no cobra por este servicio, pero se podrán aplicar las tarifas de mensajes de texto estándar o de minutos de teléfono celular, según los brinde su plan inalámbrico (comuníquese con su proveedor para conocer planes y detalles sobre precios).

Autorizo para recibir mensajes de texto con recordatorios de citas, comentarios y recordatorios/información de salud en general es y el número de teléfono celular que es _____.

Autorizo para recibir mensajes de correo electrónico con recordatorios de citas y recordatorios/comentarios/información general sobre salud y el correo electrónico que es _____.

-O-

No acepto _____ (Iniciales del paciente/representante) recibir comunicación por mensajes de texto.

No acepto _____ (Iniciales del paciente/representante) recibir comunicación a través de llamadas al teléfono celular.

No acepto _____ (Iniciales del paciente/representante) recibir comunicación por correo electrónico.

Nota: Esta clínica usa una Historia clínica electrónica que actualizará todos sus datos demográficos y consentimientos con la información que usted acaba de proporcionar. Tenga en cuenta que esta información también se actualizará para su conveniencia en todas nuestras clínicas afiliadas que compartan una historia clínica electrónica con la que usted esté relacionado.

Divulgación de información.

Por medio del presente, permito que el consultorio/la clínica y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en la atención de pacientes hospitalizados o ambulatorios divulguen información de atención médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- La información de atención médica relativa a servicios anteriores prestados por otros prestadores afiliados a HCA podrá ponerse a disposición de posteriores prestadores afiliados a HCA para coordinar la atención. La información de atención médica podrá ser divulgada a cualquier persona o entidad responsable de realizar pagos en nombre del paciente, con el fin de verificar la cobertura o aclarar preguntas acerca de los pagos, o para cualquier otro propósito relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también puede ser divulgada a la persona designada por mi empleador cuando los servicios prestados estén relacionados con una reclamación de indemnización por accidente de trabajo.
- Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de la información de atención médica a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o compañías aseguradoras para el pago de una reclamación de Medicare o a la agencia estatal apropiada para el pago de una reclamación de Medicaid. Esta información puede incluir, entre otros, antecedentes y registros físicos de emergencia, informes de laboratorio, informes operativos, notas de progreso del médico, notas del enfermero, consultas, informes psicológicos y/o psiquiátricos, tratamientos por abuso de drogas y alcohol, y resúmenes de alta médica.
- Las leyes federales y estatales podrán permitir que este centro participe en organizaciones con otros prestadores de atención médica, compañías aseguradoras u otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas, para que estas personas y entidades compartan mi información de atención médica entre sí para lograr objetivos que pueden incluir, entre otros, mejorar la exactitud y aumentar la disponibilidad de mis historias clínicas, disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información, agregar y comparar mi información con fines de mejora de la calidad, y otros propósitos permitidos por ley. Entiendo que este centro podrá ser miembro de una o más de tales organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre afecciones psicológicas, afecciones psiquiátricas, afecciones de discapacidad intelectual, información genética, afecciones de dependencia química o enfermedades infecciosas incluidas, entre otras, enfermedades de transmisión sanguínea, tales como VIH y SIDA.

Retiro de órdenes de recetas. Es posible que algunas veces necesite que un amigo o familiar retire una orden de receta (comprobante) del consultorio de su médico. Para que podamos entregar una receta a su familiar o amigo, será necesario contar con un registro de su nombre. Para que se le entregue el comprobante de la receta, la persona designada por usted deberá firmar y presentar una identificación válida con fotografía. Deseo ____ (Iniciales del Paciente/Representante) designar a la siguiente persona para que retire una orden de receta en mi nombre: Nombre: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

No deseo ____ (Iniciales del paciente/representante) designar a nadie para retirar mi orden de receta.

Firma del paciente/padre/tutor/representante del paciente _____ Fecha: _____

Nombre (en letra imprenta) del paciente/padre/tutor/representante del paciente _____

Nombre del paciente (en letra imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____

Solo si ha brindado previamente su consentimiento para recibir comunicación por mensaje de texto/llamada a teléfono celular/correo electrónico y desea retirar el consentimiento **Rechazo/Revocación** de comunicaciones por correo electrónico y/o mensajes de texto o llamadas a teléfono celular. En otras palabras, **no deseo que mi dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil se sigan utilizando para las comunicaciones mencionadas anteriormente.**

___ Por el presente, revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio sobre citas, comentarios e información médica en general por mensajes de texto. ___ Por este medio, revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio sobre citas, comentarios e información médica en general mediante llamadas a teléfono celular. ___ Por el presente, revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio sobre citas, comentarios y salud en general a través de correo electrónico.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente/representante del paciente: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Notice of Form Fee

There will be a \$20.00 charge for completion of each disability (or other) forms, which is due at the time the form is brought into the office. Please note these forms are only filled out for patients who are undergoing surgery. Please allow 1 week from the time the form is brought in (and/or the time of the last office visit) for completion of the form so that the receptionist has all the necessary information to complete the form.

Thank you.

Aviso de Cobro Para Formas

Habr  un cargo de \$ 20.00 por completar cada uno de los formularios de discapacidad (u otros), que se deben pagar en el momento en que se lleve el formulario a la oficina. Tenga en cuenta que estos formularios solo se completan para pacientes que se someten a cirugía. Permita que transcurra una semana desde el momento en que se presenta el formulario (y / o la hora de la última visita al consultorio) para completar el formulario, de modo que la recepcionista tenga toda la información necesaria para completar el formulario.

Gracias.

Signature: _____ Date: ____/____/____
(Firma)

Thank you for choosing Neurosurgical Specialists of El Paso, PLLC. We shall do our best to provide you with quality and courteous care of your neurological needs.

Gracias por elegir a Neurosurgical Specialists of El Paso, PLLC. Haremos todo lo posible para brindarle calidad y atención amable a sus necesidades neurológicas.

Appointment Cancellation Policy

In order to best serve our patients, we respectfully request that appointments be kept as scheduled. Cancellations are accepted in advance of the appointment by telephone. We respectfully request 24 hour advance notice if you need to cancel your appointment.

Política de cancelación de citas

Con el fin de servir mejor a nuestros pacientes, respetuosamente solicitamos que la cita se cumpla según lo programado. Las cancelaciones se aceptan antes de la cita por teléfono. Solicitamos respetuosamente un aviso con 24 horas de anticipación si necesita cancelar su cita.

Medication Refill Policy

A 48 hour notice is needed for refill of medication. If appointments have been missed or cancelled, or treatment is not current, medication may not be renewed. Pain medication needs to be filled from your primary physician or your pain management physician. Medication requests will not be taken after hours or on weekends.

Política de reposición de medicamentos

Se necesita un aviso de 48 horas para rellenar el medicamento. Si las citas se han perdido o cancelado, o el tratamiento no es actual, los medicamentos no pueden ser renovados. La medicación para el dolor debe ser llenada por su médico de cabecera o por su médico de control del dolor. Las solicitudes de medicamentos no se tomarán fuera del horario habitual o los fines de semana.

Signature: _____ Date: ____/____/____
(Firma)

Fecha: _____

Cuestionario médico

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____ M H

CONDICIÓN PRESENTE: _____

Recomendado por Medico: _____ Médico primario: _____

Manejo del dolor: _____ Cardiólogo: _____

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O CONDICIÓN PRESENTE

¿Estuviste en un accidente de vehículo de motor? **Sí No** ¿Herido en el trabajo? **Sí No**

Por favor describa el problema, ¿cómo sucedió?

¿Cuál es su nivel de dolor? (1 a 10) _____ cuánto tiempo han tenido esto? _____

Que lo hace empeorar? estar de pie acostado caminando inclinarse movimiento otra: _____

Que le ayuda mejorar? Medicamento descansar calor/hielo fisioterapia electro-estimulación otra: _____

¿Tiene problemas de control de su vejiga o intestino? **Si No**

¿Ha tenido cirugía de espalda o cuello? **No Si**, fecha _____ Doctor _____

Ha Tenido inyecciones de esteroides? No Si, fecha _____ Doctor _____ lo ayudo **Si No**

Ha tenido terapia física? No Si, fecha _____ Doctor _____ lo ayudo **Si No**

Ha tenido terapia quiropráctica? No Si, fecha _____ Doctor _____ lo ayudo **Si No**

Y	N	Dolor, debilidad o entumecimiento:
		brazos derecha izquierda
		Espalda
		Pies derecha izquierda
		Manos derecha izquierda
		Caderas
		Piernas derecha izquierda
		Cuello
		Hombro derecho izquierdo

DESCRIBIR SU DOLOR

Constante viene y va

Agudo punzante entumecido hormigueo apuñálate ardiente

Presión pulsátil calambres eléctrico penetrante

HISTORIAL DE TRABAJO

Compañía de Trabajo: _____ Ocupación: _____

Deberes del trabajo: _____

Condiciones - Indique Sí o NO las condiciones que actualmente tiene o ha tenido en el último año

Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES quirúrgicos: Lista de cirugías que ha tenido y qué año

1.	4.
2.	5.
3.	6.

MEDICAMENTOS: Medicamentos de la lista está actualmente tomando, (incluyendo vitaminas y hierbas)

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

ALERGIAS: A los medicamentos o sustancias

1.	3.
2.	4.

Historia social: Indique la sustancia y Describa cuánto se utiliza.	Antecedentes familiares: Una lista de cualquier enfermedad que se ejecutan en su familia.
Cafeína Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuánto:	Madre: viva fallecida enfermedades:
Tabaco Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuánto:	Padre: vivo fallecido enfermedades:
Alcohol Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuánto:	Hermanos: ___ enfermedades:
Casado Solo divorciado separado viudo	Hermanas: ___ enfermedades:
Con quien vive: _____	Hijos: ___ niños enfermedades:
	___ niñas enfermedades

Certifico que la información en este formulario es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Que no tengo mi médico o cualquier miembro de este personal responsable de los errores u omisiones que puedo haber hecho en la cumplimentación del presente formulario.

Firma: _____ Fecha: _____

Médico: _____ Fecha: _____