



PATIENT REGISTRATION – DEMOGRAPHICS
(Spanish)

Assigned UA Physician

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido		Primer Nombre		Inicial
Núm. Social	Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de Nacimiento	Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
Domicilio				Apt.
Ciudad		Estado	Código Postal	
Preferencia de Contacto: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Email	Tel. Casa ()	Tel. Trabajo ()	Tel. Celular ()	Correo Electrónico
Nombre del Medico que lo Refirió y su Numero de Teléfono ()		Su Medico Particular/Familiar		Compañía de Trabajo <input type="checkbox"/> n/a

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre	Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro	Núm. <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> cel. <input type="checkbox"/> trabajo ()	Núm. <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> cel. <input type="checkbox"/> trabajo ()
--------	---	--	--

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nombre	Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Padre/Guardián <input type="checkbox"/> D.P.A <input type="checkbox"/> Otro	Núm. <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> cel. <input type="checkbox"/> trabajo ()	Núm. <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> cel. <input type="checkbox"/> trabajo ()
Domicilio			Apt.
Ciudad		Estado	Código Postal

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Seguro Medico <i>Principal</i> <input type="checkbox"/> sin seguro o deseo pagar por contado		Seguro Medico <i>Secundario</i> <input type="checkbox"/> Ninguno	
<input type="checkbox"/> Póliza Privada <input type="checkbox"/> Póliza de Grupo (Trabajo) <input type="checkbox"/> Tricare (ChampUS) <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Plan de Indemnidad <input type="checkbox"/> Workman's Comp <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Póliza Privada <input type="checkbox"/> Póliza de Grupo (Trabajo) <input type="checkbox"/> Tricare (ChampUS) <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Plan de Indemnidad <input type="checkbox"/> Workman's Comp <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro	
Nombre de Seguro Medico/Plan		Nombre de Seguro Medico/Plan	
Núm.de Póliza/Identificación		Núm.de Póliza/Identificación	
Núm. De Grupo <input type="checkbox"/> n/a		Núm. De Grupo <input type="checkbox"/> n/a	
Núm. de Reclamación <input type="checkbox"/> n/a		Núm. de Reclamación <input type="checkbox"/> n/a	
Nombre del Subscriber <input type="checkbox"/> Paciente=subscriber		Nombre del Subscriber <input type="checkbox"/> Paciente=subscriber	
Fecha de Nacimiento del Subscriber	Núm. de Seguro del Subscriber	Fecha de Nacimiento del Subscriber	Núm. de Seguro del Subscriber

INFORMACION ADICIONAL

¿Es usted residente en un asilo de ancianos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si su respuesta es Si, el paciente debe venir acompañado)	¿Esta usted recibiendo cuidados médicos en casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del lugar de residencia	Nombre y numero de su farmacia
Núm. de Teléfono del asilo de ancianos ()	Si consigue sus medicamentos por correo, ¿cual es el nombre de la compañía?

Firma Del Paciente/Padre: _____ Fecha: _____

Por favor lea todo lo siguiente, inicie en los lugares indicados y firme al final de la página.

(Inicial) Copagos y deducibles de su seguro médico **deberían de pagarse antes de la consulta. Si usted no puede pagar su cuota o su deducible, es posible que su cita sea cambiada a otro día.** Dado que los médicos de Urology Austin son de categoría 'especialista' su tarifa podría ser más alta (consulte los beneficios de su plan de seguro medico).

(Inicial) Los procedimientos quirúrgicos, Tomografías Computarizadas (CT o 'CAT Scan'), se aplican por lo general a algún deducible, copagos, o gastos en efectivo. **Todas las tarifas se cobran antes de los procedimientos, al menos que haiga arreglos de pago ya establecidos. Es normal ver cobros adicionales del radiólogo. Ponga cuidadosa atención a los documentos que proveen antes y después de su procedimiento.**

(Inicial) En algún caso que usted tenga un crédito en su cuenta, se proporcionara un reembolso solamente después de que todos los cargos pendientes hacia su seguro se hallan cobrado y se refleja en su cuenta.

(Inicial) Servicios de medico realizado en la oficina, el hospital, centro de cirugía, estarán pre-recogido por adelantado anterior antes de procedimiento realizar, esto incluye CT exploraciones, urodinamia, biopsia, y laboratorio. Esto NO is lista completo. Reconozco otro pruebas podría ser posible.

(Inicial) La mayoría de los seguros médicos cubren servicios auxiliares (laboratorios, radiografías, CT scans, etc.) bajo la sección de beneficios alternativos como la cantidad aumentada de su deducible o cuotas. Estos gastos en efectivo adicionales no guardan ninguna relación con nuestros contratos/participación con su compañía de seguro sino que son asuntos correspondientes a los beneficios estipulados de su plan. **Urology Austin esta obligado a seguir las normas y estipulaciones expuestas por su seguro y por lo tanto no puede alterar la cantidad que se debe cobrar. Como paciente tiene el derecho a elegir dónde desea que se le realicen sus servicios.**

(Inicial) Es la responsabilidad de cada paciente conocer bien donde requiere su compañía de seguro que usted obtenga exámenes de laboratorio, radiografías, ú otros servicios similares. Por favor déjenos saber si éste es su caso para ordenar estos servicios ala compañía indicada.

(Inicial) Es la responsabilidad de cada paciente obtener una nota de remisión de acuerdo con su seguro medico y su doctor particular/familiar. **En el caso que el seguro medico requiera una nota de remisión de su doctor particular antes de su consulta con nosotros, se le pedirá que cambie su cita a otro día.**

(Inicial) Muchas veces, los servicios de laboratorio no se pueden cobrar hasta el día en que se procesan y es posible que note una fecha diferente en su estado de cuenta (sea de nosotros o su seguro medico) en cuanto el día en que se presento usted a la oficina para el laboratorio y la fecha en que se proceso. Si tiene alguna pregunta por favor aborde a un asociado.

(Inicial) **Si Urology Austin no participa con su seguro médico, usted será considerado un paciente que paga al contado.** Las condiciones para dichos pacientes, se encuentran en el siguiente párrafo. Como cortesía, Urology Austin puede suplirle la información necesaria para que usted entregue un reclamo hacia su seguro medico.

(Inicial) Tomando en consideración los **servicios de telesalud** proporcionados, el paciente acepta pagar la factura de cualquier servicio no cubierto por el seguro de salud o tercer pagador incluyendo cualquier deducible, copago, o cargos no cubiertos por el seguro de salud o tercer pagador.

(Inicial) Si usted 1) no tiene seguro médico 2) elije no utilizar su seguro medico o 3) esta procurando recibir servicios o tratamientos no cubiertos en su plan de seguro, se considera un paciente que paga al contado. **Antes de obtener su consulta con el médico,** le pediremos un depósito (\$250.00 para pacientes nuevos y \$150.00 para pacientes establecidos). Cuando termine su consulta, le pediremos que pague alguna diferencia. Aplicaremos un descuento de 30% hacia el total.

Descargo de responsabilidad

- Formularios médicos como FMLA, Beneficios de Compensación para Trabajadores o cualquier otro formulario que ocupe llenarse por Urology Austin serán procesados por un tercer proveedor, HealthMark Group. Tarifas asociadas con estos servicios serán cobradas directamente por HealthMark Group y no por Urology Austin.
- Urology Austin acepta tarjetas de Master Card, Visa, American Express, y Discover Card , dinero en efectivo y cheques. Una cuota de \$40 se aplica a todos los cheques sin fondos. Se pudieran añadir cuotas adicionales a algunos arreglos de pagos o hacia deudas que han entrado en colecciones.

Firmando esta notificación de Póliza Financiera, usted reconoce que usted ha leído, entendido y aceptado los términos y pólizas del texto. (Obligaciones financieras puede aplicarse a servicios especiales. Se le dará más información mientras vallan aplicando a su tratamiento).

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre de la persona que tiene la responsabilidad financiera (si es diferente al paciente): _____



PÓLIZA FINANCIERA

Nombre de la persona que tiene la responsabilidad financiera (si es diferente al paciente):

HISTORIAL MEDICO

La razón por su visita hoy: _____

ALLERGIAS A MEDICAMENTOS: _____

MEDICAMENTOS (si necesita espacio adicional inclúyalos hacia atrás de la página)

Nombre	Dosis	Pastillas por día	Razón por la que toma el medicamento	Nombre	Dosis	Pastillas por día	Razón por la que toma el medicamento

HISTORIAL MEDICO (pertinente a Urología) - Circule lo apropiado

- | | | | |
|--|--------------------|---------------------------|-----------------------|
| Cálculos Renales | PSA Elevado | Agrandamiento de Próstata | Baja Testosterona |
| Cáncer de Próstata | Retención de Orina | Sangre en la Orina | Infecciones Urinarias |
| Fallo Renal | Incontinencia | Cáncer Riñón | |
| Prolapso Pélvico (cistocele,rectocele) | Otro: _____ | | |

HISTORIAL MEDICO (no pertinente a Urología) - Circule lo apropiado

- Cabeza, Oídos, Ojos, Nariz, Garganta: Cegez Cataratas Sordera Glaucoma
 Cardiovascular: Ataque de Corazón Hipertensión Fibrilación
 Auricular Insuficiencia Cardíaca Congestiva Angina
 Respiratorio: Asma EPOC Enfisema Embolia Pulmonar
 Gastrointestinal: Enfermedad Chron's Diverticulitis Hepatitis
 Endocrino: Diabetes Hipotiroidismo Hipertiroidismo
 Neurológico: Enfermedad de Alzheimer's Enfermedad de Parkinson's
 Esclerosis Múltiple
 Cáncer: Pecho Colon Pulmón Ovario Linfoma
 Otro tipo de cáncer: _____
 Infecciones/Homológico: Anemia Tuberculosis VIH/SIDA Trombosis Venosa Profunda

Otras Condiciones Medicas

HISTORIAL QUIRÚRGICO (Urológico y Ginecológica) - Circule lo apropiado

- | | |
|--|---|
| Prostatectomía Robótica | Prostatectomía Radical Abierta |
| Nefrectomía – Abierta o Laparoscópica | Nefrectomía Parcial - Abierta o Laparoscópica |
| TURP (Resección de Próstata) | TURBT (remover un tumor en la vejiga) |
| ESWL (Cirugía para cálculos renales con sonido) | Uteroscopia (Cirugía para Cálculos Renales) |
| Orquiectomía (Eliminación del Testículo) | Pieloplastia (para obstrucción del Riñón) |
| Biopsia de Próstata | Tratamiento para Estenosis Uretral |
| Reparación de Prolapso Pélvico (reparación de cistocele, rectocele, enterocele con o sin malla) | |
| Implantación de un Cabestrillo Uteral para Incontinencia Suspensión de Vejiga para Incontinencia Histerectomía | |
| Otras Cirugías: 1) _____ | |
| No Mencionadas 2) _____ | |

HISTORIAL QUIRÚRGICO (no pertinente a Urología):

Tipo de Cirugía	Fecha (aproximadamente)	Hospital o Ciudad

HISTORIAL FAMILIAR: (por favor marque lo apropiado)

	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Abuelo/a	Hijo	Hija	Corre en Familia
Cáncer de Próstata								
Cáncer de Riñón								
Problemas Cardíacos								
Alta Presión								
Diabetes								
Otro: _____								

HISTORIAL SOCIAL: (Circule lo apropiado)

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Viudo Separado
 Uso de Tabaco: Diariamente Ocasionalmente Previamente Nunca
 Uso de Alcohol: Si Previamente Nunca
 ¿Cuántas bebidas con cafeína bebe usted al día? : _____
 Ha tenido alguna vez una transfusión de sangre: Si o No
 Lenguaje: Ingles Español Francés Alemán Portugués Ruso Chino Otro _____
 Raza: Anglo-Saxon Negro/Africano Americano Indio Americano/Nativo de Alaska Hispano/Latino
 Asiático Otro _____

ALTURA: _____ **PESO :** _____ (Lbs)

REVISIÓN DE SISTEMAS:

(Por Favor circule cualquiera que le corresponda a usted)

Constitucional:	NINGUNO	Fiebre	Perdida de Peso	Escalofríos
Ojos:	NINGUNO	Visión Borrosa	Visión Doble	Cataratas
Oídos, Ojos, Nariz	NINGUNO	Sordez	Congestión	Dolor de Garganta
Cardiovascular:	NINGUNO	Dolor de Pecho	Tobillos Hinchados	Latido de Corazón Irregular
Respiratorio:	NINGUNO	Falta de Aliento	Sibilancias	Toz Crónica
Gastrointestinal	NINGUNO	Dolor Abdominal	Nausea/Vomito	Constipación
Genitourinario	NINGUNO	Incontinencia	Dolor Al Orinar	Sangre en La Orina
Muscular:	NINGUNO	Artritis	Dolor de Espalda	Dolor Muscular
Integumentario/Piel	NINGUNO	Salpullido	Irritación	Cáncer en la Piel
Neurológico	NINGUNO	Entumecimiento	Hormigueo	Vértigo
Hematológico	NINGUNO	Sangrado Anormal	Transfusión	Glándulas Hinchadas
Otros problemas:	_____			



REMITICION DE INFORMACIÓN MÉDICA

INICIALES Autorizó a Urology Austin a suministrar información de mi historial médico ó enfermedades a mi doctor familiar/principal, Medicare y la compañía de seguro médico.

INICIALES Autorizó a mi doctor familiar/principal, medicos de otras especialidades, y otros proveedores de salud que proporcionen información médica de mi expediente ó cualquier otra información que sea pertinente para mi salud a Urology Austin.

INICIALES **PERMITO QUE UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO SE UTILIZE COMO UNA AUTORIZACIÓN ORIGINAL.**

INICIALES Doi mi consentimiento y permiso a Urology Austin a dejar información médica, mensajes pertinentes a horarios u cuentas, a los siguientes numeros telefonicos:

Casa _____ Trabajo _____ Cellular _____

Correo Electrónico _____

INICIALES Autorizó a Urology Austin a dar a conocer informacion relacionada con mi salud, incluyendo pero sin limitarse, a horarios, resultados de laboratorio, radiografia, ect, ya sea de forma escrita, verbal or via formato electronico, a los siguientes individuos (favor de incluir los nombres y apellidos): _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Solicito el pago de beneficios quirurjicos y/o medicos, de otra manera pagaderos a mí, directamente a Urology Austin por servicios proporcionados. Estoy consiente que yo soy responsable por cualquier cargo que no este cubierto bajo el contrato de Assignación de Beneficios de mi seguro medico.

Firma del Paciente

Fecha

Firma de Representante/Padres/Guardian

Fecha

Declaro que se me a presentado con la Notificación de prácticas privadas (HIPPA) de Urology Austin.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente en Molde

Fecha de Nacimiento



Urology Austin ahora ofrece un acceso conveniente y seguro a su registro de salud personal, el Portal del Paciente (el "Portal") a través de Healthtronics. Como paciente, usted controla su registro en el Portal: nosotros no activaremos su cuenta personal a menos que usted nos autorice a hacerlo. El Portal del Paciente está diseñado para mejorar aún más la comunicación entre el paciente y el médico tratante. El presente formulario tiene como objetivo informarle de los hechos y riesgos asociados al uso del Portal del Paciente. Por favor asegúrese de notificar de inmediato a Urology Austin si detecta alguna discrepancia en su registro.

Políticas, Uso y Limitaciones:

Urology Austin se reserva el derecho a su entera discreción a terminar la oferta del portal a los pacientes, suspender el acceso del usuario, o modificar los servicios ofrecidos a través del Portal del Paciente. Asimismo, aplican las siguientes políticas y limitaciones:

1. **No use el Portal para comunicarse en caso de una emergencia; por favor marque el 911 o vaya a la Sala de Emergencia.**
2. **No use el portal como un triage basado en internet o para solicitar tratamiento. El diagnóstico solo se puede hacer y el tratamiento solo se puede brindar después de que el paciente programe una cita con un proveedor y asista a ella.**
3. **Use el Portal para solicitar reposición de recetas médicas, que serán repetidas según nuestra política clínica regular.**
4. **No se aceptará ninguna solicitud de medicamentos narcóticos para el dolor a través del Portal.**
5. **No solicite repetición de medicamentos recetados si actualmente no está siendo tratado por nuestros proveedores.**
6. **Después de que usted acepte la Política y los Procedimientos y firme el Formulario de Autorización, intentaremos enviarle un correo electrónico con un "mensaje de bienvenida". Este incluirá un enlace a la pantalla de inicio de sesión del Portal. **Si usted no ha recibido un correo electrónico de parte nuestra dentro de 3 días hábiles, por favor LLAME a la oficina. Nosotros no responderemos directamente a su correo electrónico. Todas las comunicaciones electrónicas deben realizarse a través del sistema de correo electrónico del Portal.***
7. **Normalmente responderemos a las consultas por correo electrónico no urgentes dentro de las 24 horas siguientes, pero no más allá de los 3 días hábiles posteriores a la recepción. **Si usted no ha recibido un correo electrónico de parte nuestra dentro de 3 días hábiles, por favor LLAME a la oficina.***

Directrices de Seguridad

Urology Austin ofrece visualización y comunicación seguras como un servicio a nuestros pacientes que desean ver partes de sus registros y comunicarse con nuestro personal. Todos los pacientes nuevos y existentes han firmado el formulario de Consentimiento HIPAA de Urology Austin y han recibido una copia del Aviso UA de Prácticas de Privacidad. Usted puede solicitar una copia de los formularios en la oficina o bien visitando nuestro sitio web en www.urologyaustin.com. El Portal ofrece un sistema de mensajería seguro, que puede ser una herramienta de comunicación valiosa; sin embargo, hay potenciales riesgos asociados con este sistema. A fin de manejar estos riesgos, Urology Austin impondrá algunas condiciones para participación. Al firmar el Formulario de Autorización, usted acepta los riesgos y acepta las condiciones de participación. Una vez que este formulario haya sido aceptado y firmado, le enviaremos una notificación por correo electrónico indicándole cómo iniciar sesión por primera vez. Por favor conserve este correo electrónico en un lugar seguro para referencia futura. Siguiendo las instrucciones contenidas en el correo electrónico, usted debería poder iniciar sesión utilizando el nombre de usuario y la contraseña que se le proporciona. Una vez que haya iniciado sesión en el Portal, debe ir a "My Account" (Mi Cuenta) en la esquina superior derecha de la página. Aquí usted puede cambiar su contraseña a una que solo usted conocerá. *¡Este paso es esencial para asegurar que su información se mantenga segura y privada!*

Su Información de Salud Privada - Protección y Riesgos

Si bien nosotros tratamos y procuramos que toda comunicación a través del Portal sea segura, mantenerla segura depende de dos factores adicionales: el mensaje seguro debe llegar a la dirección de correo electrónico correcta, y solo el individuo correcto (o alguien autorizado por ese individuo) debe poder tener acceso a él. Solo usted puede hacer que estos dos factores se cumplan. **Necesitamos que usted se asegure de que nosotros tenemos su dirección de correo electrónico correcta y usted DEBE informarnos si alguna vez la cambia.** Si usted cree que alguien más ha tomado conocimiento de la contraseña suya, usted debe entrar lo antes posible al Portal del Paciente y cambiarla. Si olvidó su contraseña, por favor use la opción "forgot password" (olvidé mi contraseña) en el Portal o bien llame a nuestra oficina. Entendemos la importancia de la privacidad en lo relacionado con el cuidado de su salud y seguiremos esforzándonos por hacer que toda la información sea lo más confidencial posible. Jamás venderemos ni entregaremos ninguna información privada, incluidas sus direcciones de correo electrónico.



Formulario de Autorización para Portal del Paciente

Portal del Paciente: Urology Austin/Healthtronics

Urology Austin ahora ofrece un acceso conveniente y seguro a su registro de salud personal, el Portal del Paciente (el “Portal”) a través de Healthtronics. Como paciente, usted controla su registro en el Portal: nosotros no activaremos su cuenta personal a menos que usted nos autorice a hacerlo. Debido a que información de identificación personal y otra información sobre su salud e historial médico están disponibles a través del Portal, es muy importante que usted mantenga su contraseña privada. No comparta su contraseña con nadie ni la escriba en un lugar de fácil acceso para otros. Si usted decide no formalizar este Formulario de Autorización de Correo Electrónico del Usuario, usted no podrá acceder al Portal. Si usted decide enviar este formulario, entiende que está aceptando que le enviemos por correo electrónico un enlace único que usted usará para crear una contraseña para poder acceder al Portal. **Por favor busque un correo electrónico de Patient Portal Healthtronics de inmediato luego de enviar este formulario.** Si usted debe cambiar de correo electrónico, por favor comuníquese con la oficina de su médico para entregar su nueva información de contacto por correo electrónico de manera que usted siga recibiendo actualizaciones y otra información sobre el Portal o su registro. Por favor elija una dirección de correo electrónico que no pueda ser revisada por nadie en quien usted no confíe. Si usted desea discontinuar el uso del Portal, por favor comuníquese con la oficina de su médico.

Términos

El Portal del Paciente se proporciona como una cortesía a nuestros pacientes. Nos reservamos el derecho a su entera discreción a terminar la oferta del portal a los pacientes, suspender el acceso del usuario, o modificar los servicios ofrecidos a través del Portal del Paciente. Asimismo, aplican las siguientes políticas y limitaciones:

1. **No use el Portal para comunicarse en caso de una emergencia; por favor marque el 911 o vaya a la Sala de Emergencia.**
2. **No use el Portal como un triage basado en internet o para solicitar tratamiento. El diagnóstico solo se puede hacer y el tratamiento solo se puede brindar después de que el paciente programe una cita con un proveedor y asista a ella.**
3. **Use el Portal para solicitar reposición de recetas médicas, que serán repetidas según nuestra política clínica regular.**
4. **No se aceptará ninguna solicitud de medicamentos narcóticos para el dolor a través del Portal.**
5. **No solicite repetición de medicamentos recetados si actualmente no está siendo tratado por nuestros proveedores.**
6. **Después de que usted acepte la Política y los Procedimientos y firme el Formulario de Autorización, intentaremos enviarle un correo electrónico con un “mensaje de bienvenida”. Este incluirá un enlace a la pantalla de inicio de sesión del Portal. *Si usted no ha recibido un correo electrónico de parte nuestra dentro de 3 días hábiles, por favor LLAME a la oficina. Nosotros no responderemos directamente a su correo electrónico. Todas las comunicaciones electrónicas deben realizarse a través del sistema de correo electrónico del Portal.**
7. **Normalmente responderemos a las consultas por correo electrónico no-urgentes dentro de las 24 horas siguientes, pero no más allá de los 3 días hábiles posteriores a la recepción. *Si usted no ha recibido un correo electrónico de parte nuestra dentro de 3 días hábiles, por favor LLAME a la oficina.**

Usted está recibiendo acceso al Portal, los términos y condiciones del Portal se aplicarán a este Formulario de Autorización para Portal del Paciente. **Favor escribir toda la información con letra imprenta clara.**

Nombre Completo del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Dirección de correo electrónico confidencial:

(La información y el enlace para acceso del usuario serán dirigidos a esta dirección; llámenos si la cambia)

Firma del Paciente:

Fecha:

Solo para Uso de la Oficina

He autenticado la identidad de la persona nombrada en este formulario:

Firma del Personal

Fecha

Nombre en Letra Imprenta
