

Firma del individuo: _____ Fecha: _____

Otra firma: _____ Fecha: _____

Relación del otro paciente con el paciente: Padre/madre de menor de edad Tutor Representante legal

Personal que acepta/registra el formulario: _____ (incluya credenciales) Fecha: _____

Envíe la información solicitada a: _____

N.º de teléfono _____ N.º de fax _____ Correo electrónico _____