

Historia clínica

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

¿Tiene un médico personal?  Sí  No

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Teléfono del médico: \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

Su estado de salud actual es:  Bueno  Regular  Deficiente

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico?  Sí  No

Explique por qué: \_\_\_\_\_

¿Consuma tabaco en cualquiera de sus formas?  Sí  No

¿Tiene barras, clavos, tornillos o implantes metálicos colocados?  Sí  No

¿Está tomando algún medicamento?  Sí  No

Enumere cada uno o proporcione una lista de medicamentos: \_\_\_\_\_

Provider additional notes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Provider Signature of Health History Review

Date

¿Tiene barras, clavos, tornillos o implantes metálicos colocados?  Sí  No

Enumere cada uno: \_\_\_\_\_

*Sí* *No* Afecciones

Hemorragia atípica

Abuso de alcohol

Alergias

Anemia

Angina de pecho

Artritis

Prótesis valvular

Asma

Transfusión de sangre

Cáncer

Quimioterapia

Colitis

Defecto cardíaco congénito

Diabetes

Dificultad para respirar

Abuso de drogas

Enfisema

Epilepsia

Cirugía facial

Síncope

Herpes febril/labial

Dolores de cabeza frecuentes

*Sí* *No* Afecciones

Glaucoma

VIH + SIDA

Ataque cardíaco

Soplo cardíaco

Cirugía cardíaca

Hemofilia

Hepatitis A

Hepatitis B

Hepatitis C

Hipertensión arterial

Prótesis articular

Problemas renales

Enfermedad hepática

Hipotensión arterial

Prolapso de la válvula mitral

Marcapasos

Problemas psiquiátricos

Radioterapia

Fiebre reumática

Convulsiones

Enfermedad de transmisión sexual

Zóster

*Sí* *No* Afecciones

Anemia drepanocítica

Problemas de los senos paranasales

Accidente cerebrovascular

Problemas en la glándula tiroidea

Tuberculosis (TB)

Úlceras

*Sí* *No* Alergias

Aspirina

Codeína

Anestésicos dentales

Eritromicina

Joyas

Látex

Látex

Penicilina

Tetraciclina

*Sí* *No* Si es mujer, responde

¿Está tomando pastillas anticonceptivas?

¿Está embarazada? Si es así, número de semanas \_\_\_\_\_

¿Está amamantando?

Otras afecciones no enumeradas: \_\_\_\_\_

Familiar más cercano que no vive con usted:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

#### Autorización y divulgación

Certifico que leí y comprendo la información anterior de acuerdo con mis conocimientos. Las preguntas anteriores se respondieron correctamente. Entiendo que puede ser peligroso para mi salud brindar información incorrecta. Autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que me hayan realizado a mí o le hayan realizado a mi hijo durante el período de dicha atención dental a pagadores o médicos tercerizados.

Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a realizar el pago directo al dentista o el grupo dental de los beneficios del seguro que de otro modo se me pagarían; entiendo que mi compañía de seguro dental puede pagar un valor inferior a la factura real del servicio. Acepto la responsabilidad del pago de todos los servicios brindados en mi nombre o el de mis dependientes.

Firma del paciente/tutor legal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

#### Antecedentes dentales

¿Cómo podemos ayudarlo hoy? \_\_\_\_\_

Su estado de salud actual es:  Bueno  Regular  Deficiente

¿Necesita antibióticos antes del tratamiento dental?  Sí  No

¿Siente dolor actualmente?  Sí  No

¿Le realizaron alguna vez tratamiento de encías?  Sí  No

¿Tiene actualmente o tuvo algún dolor/alguna molestia en la articulación maxilar? (articulación temporomandibular)  Sí  No

¿Se encuentra bajo tensión?  Sí  No

¿Le gusta su sonrisa?  Sí  No

¿Hay algo que quisiera cambiar de su sonrisa?  Sí  No

¿Está satisfecho con el color de sus dientes?  Sí  No

¿Le sangran las encías?  Sí  No

¿Cuántas veces se: pasa el hilo dental por semana? \_\_\_\_\_ cepilla por día? \_\_\_\_\_

¿Tiene sensibilidad en los dientes al calor, el frío o algo más?  Sí  No

¿Perdió algún diente?  Sí  No

¿Tuvo alguna vez un problema grave/difícil en relación con cualquier trabajo dental previo?  Sí  No

¿Tuvo alguna vez una experiencia dental desfavorable?  Sí  No

¿Cuándo se realizó la última limpieza dental? \_\_\_\_\_

¿Cuándo realizó su última visita dental? \_\_\_\_\_

¿Por qué dejó de consultar a su dentista anterior? \_\_\_\_\_

¿Cómo podemos hacerlo sentir más cómodo durante su visita dental? \_\_\_\_\_

Encierre en un círculo cualquier servicio que le gustaría que los miembros del personal profesional analicen con usted en relación con su atención.

Blanqueamiento dental

Carillas/fundas dentales

Ortodoncia tradicional (aparatos)

Adhesivos

Selladores

Corona y puente

Prótesis parciales/prótesis dentales

Protectores nocturnos/para deportes

Coronas sobre implante

## INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre		Nombre preferido:
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de seguro social:
Estado civil: <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Menor		Correo electrónico:
Dirección: (Nombre de la calle, número de departamento)	Ciudad, estado	Código postal
Teléfono particular: ( )	Teléfono celular o para mensajes: ( )	Otro número de teléfono: ( )

### INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE/TUTOR PARA EL MENOR ÚNICAMENTE

*(Si tiene menos de 26 años y está cubierto por el seguro de sus padres, se requiere información)*

Nombre del padre:	Número de teléfono: ( )	Correo electrónico:
Fecha de nacimiento del padre:	Número de seguro social del padre:	
Dirección del padre: (Nombre de la calle, número de departamento)	Ciudad, estado, código postal	Nombre del seguro del padre:
Empleador del padre:	Dirección del empleador del padre:	Ciudad, estado, código postal:
Número de teléfono del empleador del padre: ( )		

Nombre de la madre:	Número de teléfono:	Correo electrónico:
Fecha de nacimiento de la madre:	Número de seguro social de la madre:	
Dirección de la madre: (Nombre de la calle, número de departamento)	Ciudad, estado, código postal	Nombre del seguro de la madre:
Empleador de la madre:	Dirección del empleador de la madre:	Ciudad, estado, código postal:
Número de teléfono del empleador de la madre: ( )		

### EMPLEO DEL PACIENTE

*(Información laboral del padre más arriba)*

¿Tiene empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo parcial		Si tiene empleo, indique el nombre del empleador:	
Dirección del empleador: (Nombre de la calle, número de departamento)	Ciudad:	Estado:	Código postal:

**EMPLEO DEL CÓNYUGE**  
(Si está bajo su plan de seguro)

Nombre del empleador del cónyuge:			
Dirección del empleador: (Nombre de la calle, número de departamento/habitación)	Ciudad	Estado:	Código postal:

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre:	Número de teléfono: ( )	Relación:	
Dirección: (Nombre de la calle, número de departamento/habitación)	Ciudad:	Estado:	Código postal:

**SEGURO DEL PACIENTE**

Nombre del seguro:	Número de póliza:	N.º de grupo:
Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	N.º de seguro social del titular de la póliza:

**INFORMACIÓN PERSONAL**

¿Es usted veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Persona sin hogar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "sí", cuál es su situación: <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Transición <input type="checkbox"/> Compañero de habitación <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Otro	
Miembros en la familia: _____	Ingreso familiar: \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
¿Necesita servicios de interpretación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió "sí", ¿qué idioma habla?	Nombre de la agencia de interpretación y número de teléfono
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro	Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	

**CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS**

**Autorización para atención y cesión:** Por la presente, autorizo a Community Health Net a obtener la historia clínica, realizar exploraciones clínicas, administrar tratamiento y llevar a cabo procedimientos clínicos según sea necesario para mí o un menor/hijo, y a presentar información para el proceso de reclamos con el arancel asignado a Community Health Net.

Otorgo a las siguientes personas (además de mí) mi consentimiento/permiso para obtener tratamiento para mi hijo menor en Community Health Net. Este permiso habilita a Community Health Net a obtener una historia clínica, realizar exploraciones al niño, administrar tratamiento y llevar a cabo procedimientos clínicos cuando se trae al menor en caso de enfermedad, controles de salud de rutina y vacunaciones excepto que se indique lo contrario.

**Debe tener 18 años o más para realizarlo**

Sin vacunas

Madre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o padre/tutor legal

# Acuse de recibo de la Notificación de prácticas de privacidad



Entiendo que Community Health Net está obligado por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability & Accountability Act, “HIPAA”) a mantener la privacidad de mi información médica protegida y a proporcionarme esta notificación sobre sus responsabilidades legales y prácticas de privacidad en relación con mi información médica.

Mi firma a continuación certifica que me proporcionaron la Notificación de prácticas de privacidad de la HIPAA de Community Health Net, que cumple con su responsabilidad legal. Además, mi firma a continuación certifica que leí, comprendí y estoy de acuerdo con esta notificación que describe cómo puede usarse y divulgarse mi información, y cómo puedo obtener acceso a esa información.

Entiendo que Community Health Net no tomará represalias en mi contra por presentar un reclamo y que la presentación de un reclamo tampoco tendrá ningún efecto ni repercusión en la calidad de la atención que reciba.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

---

## Office Use Only

I attempted to obtain the patient’s signature in acknowledgment of this form but was unable to do so as documented below.

Date	Signature:	Reason:
------	------------	---------

## Notificación de prácticas de privacidad

**En esta Notificación se describe cómo se puede usar y divulgar su información y cómo usted puede obtener acceso a esa información. Revísel detenidamente.**

En Community Health Net, trataremos y usaremos su información médica protegida con cuidado. En esta notificación sobre prácticas de información médica protegida se describe la información que recopilamos y cómo la usamos o divulgamos. Esta notificación está en vigencia desde el 14 de abril de 2003 y se aplica a toda la información médica protegida.

Cada vez que visita Community Health Net, se realiza un registro de su visita. Habitualmente, este registro incluye sus síntomas, los resultados del examen y las pruebas, los diagnósticos, el tratamiento y un plan para la futura atención o el tratamiento.

### Esta información sirve como:

- Base para la planificación de su atención y su tratamiento.
- Medio de comunicación entre los profesionales de salud que colaboran con su atención.
- Documento legal que describe la atención que recibió.
- Medio por el cual un pagador tercerizado puede verificar que los servicios facturados realmente se proporcionaron.
- Una herramienta de formación de profesionales médicos.
- Una fuente de datos de investigación médica.
- Una fuente de información para funcionarios de la salud pública que tienen a su cargo mejorar la salud de este estado y de la nación.
- Una fuente de planificación y comercialización.
- Una herramienta con la que podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar la atención que proporcionamos y los resultados que obtenemos.

Comprender lo que se encuentra en su registro y cómo la forma en que se usa su información médica lo ayuda a: garantizar su precisión; comprender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otras personas pueden obtener acceso a su información médica; y a tomar decisiones más fundamentadas cuando se permite la divulgación a otros.

### Sus derechos sobre la información médica:

Si bien su historia clínica es propiedad física de Community Health Net, la información le pertenece a usted.

Usted tiene derecho a realizar lo siguiente:

- Obtener una copia impresa de esta notificación de prácticas de información si lo solicita.
- Inspeccionar y obtener una copia de su historia clínica.
- Modificar su historia clínica.
- Obtener un registro de las divulgaciones de su información médica.
- Solicitar comunicaciones de su información médica por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.
- Solicitar una restricción respecto de ciertos usos y divulgaciones de su información.
- Revocar su autorización para usar o divulgar la información médica excepto en la medida en que dicha acción ya haya tenido lugar.

### Nuestras responsabilidades:

Se exige que Community Health Net mantenga la privacidad de su información médica, le proporcione esta notificación conforme a nuestras prácticas de privacidad y deberes legales en relación con la información que recopilamos y mantenemos sobre usted, y cumpla con los términos de esta notificación. Le notificaremos si no podemos llegar a un acuerdo en relación con una restricción o modificación; y accederemos a las solicitudes razonables que usted pueda hacer a fin de comunicar la información médica por medios o lugares alternativos.

Nos reservamos el derecho de hacer modificaciones en nuestras prácticas y de poner en vigencia las nuevas disposiciones para toda la información médica protegida que conservemos. En caso de que nuestras prácticas de información cambien, le enviaremos por correo una notificación revisada a la dirección que nos proporcionó.

No usaremos ni divulgaremos su información médica sin su autorización excepto conforme a lo descrito en esta notificación. También discontinuaremos el uso o la divulgación de su información médica después de que hayamos recibido una revocación por escrito de la autorización de acuerdo con los procedimientos incluidos en la autorización, conforme lo permita la ley.

Si tiene preguntas y desea recibir información adicional, puede contactarse con nuestro funcionario de cumplimiento de la privacidad al 454-4530.

Si considera que se violaron sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo ante nuestro funcionario de privacidad o ante el funcionario de derechos civiles. No tomaremos represalias en su contra por presentar un reclamo, y la presentación de un reclamo tampoco tendrá ningún efecto ni repercusión en la calidad de la atención que reciba.

### Para presentar un reclamo o para recibir más información sobre el proceso de cumplimiento y la HIPAA, comuníquese con:

Funcionario de cumplimiento de privacidad:  
Tyler Monin  
1202 State Street  
Erie, PA 16501  
(814) 454-4530

U.S. Department of Health and Human Services  
Office of Civil Rights  
200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20201  
(202) 619-0257  
Línea gratuita: 1-877-696-6775

## DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE

*“Como paciente de Community Health Net, tiene derecho a recibir atención médica excepcional de cualquier forma”.*

- El paciente tiene derecho a recibir información clara sobre los diagnósticos, los tratamientos, los resultados y el pronóstico de la enfermedad. El paciente tiene derecho a debatir la información médica con su proveedor de tal manera que el paciente pueda comprenderla en la medida de su capacidad.
- El paciente tiene derecho a recibir detalles de los posibles procedimientos o tratamientos a fin de tomar una decisión informada bien concebida sobre la atención médica.
- El paciente tiene derecho a conocer las repercusiones médicas/dentales alternativas inmediatas y a largo plazo de las opciones de tratamiento informadas y disponibles a la fecha como parte del tratamiento, junto con las complicaciones.
- El paciente tiene derecho a participar activamente en el plan de atención médica antes del tratamiento y durante el transcurso de éste. El paciente tiene derecho a rechazar el plan de tratamiento recomendado en tanto lo permita la ley. Si el paciente rechaza la asistencia, deberá documentar el rechazo por escrito completando los formularios correspondientes. Cuando un paciente rechaza la atención médica, tiene derecho a recibir información sobre las consecuencias médicas/odontológicas de dicha acción.
- El paciente tiene derecho a identificar visualmente a los proveedores médicos y miembros del personal de asistencia de Community Health Net involucrados en la prestación de servicios médicos; para ello, deberán usar una placa identificativa con foto.
- El paciente tiene derecho a recibir respeto y amabilidad de parte del personal calificado y autorizado.
- Se insta al paciente a tener una voluntad anticipada vigente, un testamento en vida o un poder notarial para atención médica registrado respecto del tratamiento y la designación de una persona sustituta/alternativa a cargo de tomar las decisiones médicas en momentos de emergencia. Community Health Net debe aconsejar a los pacientes sobre sus derechos conforme a la ley estatal y asistirlos en la toma de decisiones médicas informadas. La documentación de las indicaciones debe incluirse en la ficha del paciente.
- El paciente tiene derecho a la privacidad. Los debates de casos, las consultas, los exámenes y los tratamientos deben llevarse a cabo de manera que la privacidad y dignidad de cada paciente queden protegidas. La divulgación de registros médicos/odontológicos solo ocurrirá con el consentimiento escrito del paciente, según lo permita la ley o los acuerdos contractuales con terceros. El paciente tiene derecho a examinar visualmente los contenidos de su ficha médica/dental ante la presencia de un proveedor o miembro del personal designado de Community Health Net, excepto cuando la revisión de la información es potencialmente dañina para la salud general y el bienestar del paciente. Si se necesitan copias de la ficha, el paciente debe completar una solicitud por escrito a través de los formularios correspondientes para divulgar los registros.
- El paciente tiene derecho a esperar la continuidad del tratamiento. El paciente tiene derecho a recibir información de su proveedor cuando es necesario tomar decisiones sobre atención médica adicional, como por ejemplo: atención hospitalaria, servicios de apoyo domiciliarios, clínica y la opción de atención de un familiar cuando la situación actual ya no es eficaz ni apropiada.
- El paciente tiene derecho a buscar asesoramiento o una segunda opinión de otro proveedor médico a sus expensas.
- El paciente tiene derecho a comprender claramente la escala de dolor y la forma en que el proveedor tratará el dolor en relación con su diagnóstico.
- El paciente tiene derecho a solicitar información en relación con las tarifas y los gastos cobrados relacionados con los servicios prestados independientemente de su capacidad para pagar dichos servicios. El paciente tiene derecho a recibir una explicación detallada de su declaración. Si el paciente no tiene una cobertura de seguro activa, puede solicitar una “escala de tarifas reducidas” que ajuste los costos en función del tamaño de la familia y los ingresos.
- El paciente que no habla inglés tiene derecho a obtener acceso a servicios de traducción siempre que sea posible.
- El paciente tiene derecho a que se aborden sus preguntas e inquietudes. Si tiene una inquietud que requiere mayor atención, comuníquese con:

Community Health Net  
Attn: Administration  
P.O. Box 369  
Erie, PA 16501

También puede presentar un reclamo ante la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión conjunta sobre certificación de organizaciones de atención médica) por correo electrónico a [patientsafetyreport@jointcommission.org](mailto:patientsafetyreport@jointcommission.org) o enviar su inquietud por fax a la Office of Quality and Patient Safety (Oficina de calidad y seguridad del paciente) al (603) 792-5636, o puede enviar su correspondencia por correo postal a:

Office of Quality and Patient Safety  
Joint Commission  
One Renaissance Boulevard Oakbrook  
Terrance, IL 60181

## Acuse de recibo de la política de cancelación de citas y ausencia sin aviso

---

**A fin de ayudar a los pacientes de Community Health Net Medical & Dental Center, nos comunicaremos con usted para confirmar su cita dos (2) días antes de su cita programada.** Entendemos que en ocasiones usted debe cancelar o reprogramar su cita. Si no puede acudir a su cita en Community Health Net Dental, se espera que se comunique con una anticipación de al menos veinticuatro (24) horas antes de su cita programada. Al cancelar su cita lo antes posible, podemos ayudar a los pacientes que están esperando para realizar una consulta.

### **¿Cómo cancelo mi cita?**

Comuníquese a los consultorios:      1611 Peach Street **814-456-8548**      2120 East 10<sup>th</sup> street **814-464-0307**  
1202 State **814-452-4262**

Si recibe un mensaje de voz, proporcione la siguiente información en el mensaje:

- Su nombre y número de teléfono actual
- El motivo por el cual cancela su cita
- La fecha y hora de su cita

### **¿Qué sucede si no acudo a mi cita y no llamo para cancelarla?**

- A partir del 13 de enero de 2017, Community Health Net Dental pondrá en vigencia una política de ausencia sin aviso. Consideramos que esta política es importante ya que la ausencia a las citas sin aviso impide que se pueda atender a otras personas en el centro de salud.
- Si usted no llama para cancelar su cita con anticipación, se lo considerará una ausencia sin aviso. **Toda ausencia sin aviso se registrará en su archivo de paciente.**
- Las múltiples ausencias sin aviso podrían provocar que no pueda seguir recibiendo servicios de atención médica en nuestro centro.

Como paciente de Community Health Net Dental, se le solicita que realice todos los esfuerzos razonables por cumplir con sus citas programadas.

**Si debe cancelar una cita, le pedimos que llame lo antes posible.  
Es preferible que lo notifique con una antelación de veinticuatro (24) horas.**

### **Nuestra política de ausencia sin aviso es la siguiente:**

- Primera "AUSENCIA SIN AVISO": recibirá una llamada telefónica y se le informará sobre la ausencia sin aviso. Podrá continuar programando y recibiendo servicios en el centro.
- Segunda "AUSENCIA SIN AVISO" en doce (12) meses: recibirá una llamada y una carta y se le recordará que esta es su segunda ausencia sin aviso.
- Tercera "AUSENCIA SIN AVISO" dentro de los doce (12) meses: no podrá realizar citas programadas. Sus visitas serán *sin cita previa*. La dirección puede volver a evaluarlo después de un año para permitirle programar citas en el futuro. **Al acudir sin cita previa, no hay garantía de que se lo atienda el mismo día ni de cuánto tiempo tendrá que esperar.**

---

**Comprendo la Política de ausencia sin aviso de Community Health Net Dental y acepto cumplir con ella.**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_  
(Escriba en letra de imprenta) (Paciente o padre/tutor legal)

**¿Es el paciente menor de edad? \_\_\_ Sí \_\_\_ No** **Nombre del padre/tutor:** \_\_\_\_\_