

# ALVA FAMILY PRACTICE

6908 BOOT RANCH RD  
ODESSA, TEXAS 79765  
PHONE: (432) 530-7345 or (432) 312-2491  
FAX: (432) 400-1415

FECHA: \_\_\_\_\_

Nuevo miembro de DPC ( ) Sí ( ) No

## DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

GÉNERO:  FEMENINO  MASCULINO ¿TIENE USTED UNA DIRECTIVA ANTICIPADA (TESTAMENTO EN VIDA)?  
 SI  NO

DIRECCION DE CASA: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_  Casa  Móvil  Trabajo  Otro

TELÉFONO SECUNDARIO: \_\_\_\_\_  Casa  Móvil  Trabajo  Otro

NOMBRE DEL SEGURO: \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRIPTOR: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ REFERIDO POR: \_\_\_\_\_

FAMILIAR MÁS CERCANO (PARA EMERGENCIA): \_\_\_\_\_

RELACIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

## ENUMERE CUALQUIER PROBLEMA MÉDICO O ENFERMEDAD CRÓNICA ACTUALES

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_

9. \_\_\_\_\_ 10. \_\_\_\_\_

**ENUMERE CUALQUIER MÉDICO Y/O PROFESIONAL QUE VEA ACTUALMENTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_

**ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE USTED TOMA ACTUALMENTE, INCLUYENDO LOS DE VENTA LIBRE**

NOMBRE	FORTALEZA	DIRECCION	PRESCRITO POR

**ENUMERE CUALQUIER ALERGIA A MEDICAMENTOS, COLORANTES DE RAYOS X O ALIMENTOS**

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

**ENUMERE CUALQUIER CIRUGÍA U HOSPITALIZACIÓN ANTERIOR**

1. \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

**LISTA DE ENFERMEDADES INFANTILES**

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

**ENUMERE LOS PROBLEMAS DE SALUD Y LAS CAUSAS DE MUERTE SI CORRESPONDE**

	VIVIENDO/FALLECIDA	EDAD	PROBLEMAS MEDICOS
PADRE:	_____	_____	_____
MADRE:	_____	_____	_____
HERMANO(S):	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
HERMANA(S):	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
PADRE MATERNO:	_____	_____	_____
MADRE MATERNA:	_____	_____	_____
PADRE PATERNO:	_____	_____	_____
MADRE PATERNA:	_____	_____	_____

**REGISTRE EL ÚLTIMO AÑO QUE TUVO LO SIGUIENTE, PONGA N/A SI NO LO HIZO.**

COLONOSCOPIA: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ VACUNA CONTRA LA GRIPE: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

MAMOGRAFÍA: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ TÉTANO: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

PRUEBA DE PAP: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ NEUMONÍA: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

DENSIDAD ÓSEA: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ COVID: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

EXAMEN DE PRÓSTATA: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ OTRO: \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL**

¿CONSUMES ALCOHOL?  SI  NO CANTIDAD: DIARIA \_\_\_\_\_ SEMANAL: \_\_\_\_\_ MENSUAL: \_\_\_\_\_ SOCIAL: \_\_\_\_\_

FUMADOR:  SI  NO ACTUAL: \_\_\_\_\_ ANTERIOR: \_\_\_\_\_ CANTIDAD: \_\_\_\_\_

EJERCICIO:  SI  NO FRECUENCIA: \_\_\_\_\_ CARDIO: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: CASADO:  SOLTERO:  DIVORCIADO:  VIUDO:  OTRO:

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ EMPRESA: \_\_\_\_\_

FARMACIA: \_\_\_\_\_

## GAD-7

**Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas?**

Nunca

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

*(Marque con una "✓" para indicar su respuesta)*

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso/a, intranquilo/a o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	0	1	2	3
6. Molestarse o ponerse irritable fácilmente	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	0	1	2	3

**(For office coding: Total Score T\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ )**

## CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?  
(Marque con un "□" para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

=Total Score: \_\_\_\_\_

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

**formulario de autorización de la tarjeta de crédito**

Porfavor complete todos los campos. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento poniéndose en contacto con nosotros. Esta autorización permanecerá vigente hasta que sea cancelada.

<b>INFORMACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO</b>
Nombre del titular de la tarjeta: <input type="checkbox"/> MasterCard. <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Descubrir <input type="checkbox"/> AMEX. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other
Nombre del titular de la tarjeta (como se muestra en la tarjeta): _____
Número de tarjeta: _____ . CVV: _____
Fecha de caducidad (mm/yy): _____
Código postal del titular de la tarjeta (de la dirección de facturación de la tarjeta de crédito): _____

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a \_\_\_\_\_ Alva Familia Práctica \_\_\_\_\_ a cargar en mi tarjeta de crédito las compras acordadas y cuotas automáticas como membresías, etc. Entiendo que mi información se guardará en un archivo para futuras transacciones en mi cuenta.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente    Fecha

# CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SALUD FEMENINA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

Marca el casillero apropiado para cada síntoma que estés experimentando.

SÍNTOMAS	NING	LEV	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE
Agotamiento físico (fatiga, falta de energía, vigor o motivación)	<input type="checkbox"/>				
Problemas de sueño (dificultad para conciliar el sueño o dificultad para dormir durante toda la noche)	<input type="checkbox"/>				
Irritabilidad (cambios de ánimo, agresividad, te enojas con facilidad)	<input type="checkbox"/>				
Ansiedad (sensación de agobio, pánico o nerviosismo)	<input type="checkbox"/>				
Disminución del deseo o del interés (pérdida del "entusiasmo por la vida", sensación de desánimo o tristeza)	<input type="checkbox"/>				
Síntomas en articulaciones y músculos (dolor de articulaciones, debilidad muscular, mala recuperación después de hacer ejercicio)	<input type="checkbox"/>				
Dificultades con la memoria (concentración, encontrar la palabra correcta o retener información)	<input type="checkbox"/>				
Sequedad en la vagina o dificultad con el acto sexual	<input type="checkbox"/>				
Problemas sexuales (cambios en el deseo, en la actividad sexual, en el orgasmo y/o en la satisfacción)	<input type="checkbox"/>				
Sudoración (sudoración nocturna o mayor cantidad de episodios de sudoración)	<input type="checkbox"/>				
Sofocos (sensación repentina de calor que comienza en el pecho y dura poco tiempo)	<input type="checkbox"/>				
Caída de cabello, debilitamiento o cambio en la textura del cabello	<input type="checkbox"/>				
Sentir frío todo el tiempo, o tener las manos o los pies fríos	<input type="checkbox"/>				
Dolores de cabeza o migrañas (aumento de la frecuencia o intensidad)	<input type="checkbox"/>				
Peso (dificultad para bajar de peso a pesar de la dieta y el ejercicio)	<input type="checkbox"/>				
Problemas de vejiga (dificultad para orinar, mayor necesidad de orinar, incontinencia)	<input type="checkbox"/>				

Otros síntomas o circunstancias de salud únicas a considerar:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

# HISTORIAL DE SALUD Y SÍNTOMAS FEMENINO DE BIOTE

## INFORMACIÓN DE LA PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

## PREGUNTAS PARA LA PACIENTE

- ¿Está embarazada o está intentando concebir?  Sí  No  
Fecha de última mamografía: \_\_\_\_\_  
¿Tuvo su menstruación (en los últimos 12 meses)?  Sí  No  
Fecha de última menstruación: \_\_\_\_\_  
¿Ha tenido una ablación endometrial?  Sí  No  
¿La paciente usa algún método anticonceptivo?  Sí  No  
Nombre del método anticonceptivo: \_\_\_\_\_  
¿La paciente ha tenido una histerectomía?  Sí  No  
Tipo de histerectomía:  Completa (útero y ovarios extirpados)  Parcial (solo se extirpó el útero)  
¿La paciente usa alguna terapia hormonal (TRHB o TRH) actualmente?  Sí  No  
En caso afirmativo, seleccione los tipos de hormonas:  Testosterona  Progesterona  Estrógeno  Tiroidea  
Indique el nombre y la dosis de la(s) hormona(s): \_\_\_\_\_  
¿La paciente toma estatinas actualmente?  Sí  No  
¿La paciente fuma?  Sí  No  
¿La paciente toma nitratos vía oral actualmente?  Sí  No

## HISTORIA CLÍNICA

Seleccione todas las opciones que correspondan:

### Condiciones cardiovasculares:

- Ataque cardíaco o derrame cerebral (en los últimos 6 meses)
- TVP o coágulo sanguíneo (en los últimos 6 meses)
- Hipertensión
- Hiperlipidemia
- Apnea obstructiva del sueño
- Fibrilación auricular
- Taquicardia

### Condiciones ginecológicas:

- Síndrome premenstrual
- Endometriosis o antecedentes de endometriosis
- Mastitis quística
- Fibroma o antecedentes de fibroma
- Pólipos o antecedentes de pólipos de endometrio

### Cáncer:

- Cáncer de mama o antecedentes de cáncer de mama
- Cáncer de endometrio
- Cáncer de cuello uterino
- Cáncer de ovarios
- Cáncer de tiroides o antecedentes de cáncer de tiroides
- Meningioma
- A excepción del carcinoma basocelular, ¿algún otro tipo de cáncer?

### Condiciones neurológicas:

- Epilepsia o trastorno convulsivo
- Depresión/Ansiedad

# HISTORIAL DE SALUD Y SÍNTOMAS FEMENINO DE BIOTE

## HISTORIA CLÍNICA

### Endocrinología y metabolismo:

- Síndrome de ovario poliquístico (PCOS)
- Diabetes tipo 2 o resistencia a la insulina
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Neoplasia endocrina múltiple tipo 2

### Enfermedades autoinmunes:

- Diabetes tipo 1
- Tiroiditis de Hashimoto
- Enfermedad de Graves
- Artritis reumatoide
- Esclerosis múltiple
- Lupus sistémico (eritematoso)
- Psoriasis
- Síndrome del intestino irritable (SII)
- Enfermedad de Crohn
- Colitis ulcerosa

### Condiciones de órganos específicas:

- Enfermedad del hígado o antecedentes de enfermedad del hígado
- Enfermedad de riñones o antecedentes de enfermedad de riñones
- LAM (Linfangioleiomiomatosis)
- Osteoporosis u osteopenia
- VIH
- Hepatitis
- Hemocromatosis
- Pancreatitis o antecedentes de pancreatitis
- Enfermedad de la vesícula biliar o antecedentes de enfermedad de la vesícula biliar

## SÍNTOMAS Y SEÑALES DE PREOCUPACIÓN

### Seleccione todas las opciones que correspondan:

- Sofocos
- Sudoración nocturna
- Sequedad vaginal
- Disminución del interés en las relaciones sexuales
- Incapacidad o dificultad para alcanzar el orgasmo
- Relaciones sexuales dolorosas
- Incontinencia urinaria
- Infecciones urinarias frecuentes
- Sensibilidad en las mamas
- Aumento de peso
- Caída del cabello
- Debilitamiento del cabello
- Debilitamiento de las cejas
- Manos o pies fríos
- Uñas quebradizas
- Piel seca o descamada
- Falta de energía (fatiga)
- Pérdida de masa muscular
- Acné
- Vello facial
- Ojos secos
- Dolor de articulaciones
- Dificultad para dormir
- Pensamientos continuos a la hora de dormir

### **Lipotropic-B Shot & Lipotropic-C shot Consent Form**

Alva Medical Services utiliza la combinación farmacéutica Lipotropic-B y Lipotropic-C, clínicamente probada para ayudar a acelerar el metabolismo y quemar grasa. Se utilizan para mejorar su pérdida de peso actual. Esforzarse, es decir, seguir un plan de dieta saludable, beber mucha agua y hacer ejercicio.

### **¿Cómo funcionan las inyecciones lipotrópicas de B12?**

Lipotrópico es una palabra elegante para tres aminoácidos (metionina, inositol y colina) esenciales para la salud de su hígado. Tu hígado es el órgano encargado de eliminar la grasa y las toxinas de nuestro cuerpo, por lo que es más saludable

funcionará mejor para usted. B12 puede darle un impulso de energía, lo que le ayuda a quemar calorías. Los aminoácidos de los chupitos lipotrópicos de B12 son compuestos que potencian la función hepática y aumentan el flujo de grasas y bilis desde el hígado y la vesícula biliar. Por definición, una sustancia lipotrópica disminuye el depósito o acelera la eliminación de grasa dentro del hígado. Los aminoácidos clave "lipotrópicos" utilizados para hacer estas inyecciones:

### **Lipotropic-B inyecciones incluyen:**

**Una combinación de B1, B2, B3, B5, B6, B12,**

**La vitamina B12 (Hidrobalamina)** es esencial para ayudar a formar células nuevas y sanas en el cuerpo. También aumenta la energía, lo que ayuda a aumentar los niveles de actividad.

**La colina** apoya la salud del hígado en su procesamiento y excreción de productos químicos de desecho dentro del cuerpo. Además, se requiere para el transporte y metabolismo de los sistemas endocrino, cardiovascular y hepático.

**Metionina**, un aminoácido importante para las funciones corporales del hombre. Actúa como un agente lipotrópico para prevenir la acumulación excesiva de grasa en el hígado y el cuerpo, es útil para aliviar o prevenir la fatiga y puede ser útil en algunos casos de alergia porque reduce la liberación de histamina.

**El inositol**, un nutriente perteneciente al complejo B vitamínico, está estrechamente relacionado con la colina. Ayuda en el metabolismo de las grasas y ayuda a reducir el colesterol en la sangre. Inositol participa en la acción de la serotonina, un neurotransmisor conocido por controlar el estado de ánimo y el apetito.

### **Las inyecciones lipotrópicas incluyen:**

**Una combinación de lo anterior más**

**Acetil L-Carnitina** y aminoácido (un bloque de construcción para proteínas) que es naturalmente producido en el cuerpo. Ayuda al cuerpo a producir energía, transporta los ácidos grasos a la célula para que puedan ser quemados como combustible y ayuda en la reducción de grasa del vientre.

**Reconocimiento y consentimiento informado**

1. Se han explicado la naturaleza y el propósito de la inyección, los posibles métodos alternativos de tratamiento, los riesgos involucrados, las posibles consecuencias y la posibilidad de complicaciones a mi.
2. Cada paciente responde de manera diferente a medicamento y puede responder de manera diferente de un tratamiento a otro. Como con todos los medicamentos, los resultados son temporales y la dosificación regular es necesario. El tiempo de duración del medicamento inyectable varía en cada paciente. No se puede garantizar el resultado ni el tiempo de duración.
3. Entiendo que existen algunos riesgos con cualquier tratamiento. La siguiente es la lista de posibles riesgos de la inyección: dolor o hematomas en la piel en el lugar de la inyección, cicatrización de la piel (poco probable) y posible infección de la piel, una posibilidad cada vez que se rompe la piel, incluso con agujas estériles.
4. Me han dado la oportunidad de que me respondan todas mis preguntas.

He leído y entendido los ingredientes de la inyección que se me está administrando y doy mi consentimiento para el tratamiento.

Firma: \_\_\_\_\_

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

**Práctica familiar de Alva**

**Política de ausencia**

Programamos nuestras citas para que cada paciente reciba la cantidad de tiempo adecuada para ser atendido por nuestro personal. Por eso es muy importante que cumpla con su cita programada con nosotros y llegue a tiempo.

Como cortesía y para ayudar a los pacientes a recordar sus citas programadas, Alva Family Practice envía mensajes de texto y recordatorios por correo electrónico antes de la hora de la cita.

Si su horario cambia y no puede asistir a su cita, comuníquese con nosotros para que podamos reprogramarlo y acomodar a los pacientes que están esperando una cita. Como un  
Cortesía a nuestra oficina, así como a aquellos pacientes que están esperando para programar con el médico, por favor avísenos con al menos 24 horas de anticipación.

**Si no cancela o reprograma su cita con al menos 24 horas de anticipación, podemos aplicar un cargo de servicio de \$ 25.00 por "No presentarse" a su cuenta. Después del segundo no show you se le cobrará una tarifa de \$ 50.00.**

Después de tres ausencias consecutivas a su cita, nuestra práctica puede decidir terminar su relación con usted.

Entiendo la política de "No presentarse" de Alva Family Practice y acepto proporcionar una tarjeta de crédito a mantener en archivo, que puede cobrar \$25.00 o \$50.00 por no presentarse a una cita programada. Entiendo que debo cancelar o reprogramar cualquier cita por lo menos 24 horas en por adelantado para evitar un posible cargo por no presentarse en la tarjeta de crédito proporcionada.

**\_\_\_\_\_ Entiendo que, como paciente nuevo que llega a mi primera cita, se me cobrara la tarifa por no presentarme si no llamo con anticipación.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Escriba la firma del paciente: \_\_\_\_\_

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

**Práctica familiar de Alva 6908 Boot Ranch Rd  
Odesa Tx 79765  
Teléfono 432-312-2491 Fax 432-400-1415**

**Formulario de liberación médica**

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

fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_, Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_, Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_, Cremallera: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_, Correo electrónico: \_\_\_\_\_

---

**información solicitada de**

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

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_, Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_, Cremallera: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_, Fax: \_\_\_\_\_

**Enviar información a**

Nombre: Alva Family Practice

DIRECCIÓN: 6908 Boot Ranch Road, Ciudad: Odessa

Estado: Texas, Cremallera: 79765

Teléfono: 432-312-2491, Fax: 432-400-1415

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre), por la presente otorgo permiso para que usted divulgue información de salud confidencial sobre mí, mediante la divulgación de una copia de mi registro médico, o un resumen o narración de mi información de salud protegida, al médico/persona/instalación arriba.

Firma: \_\_\_\_\_, Fecha: \_\_\_\_\_

**Formulario de divulgación de información médica**  
**(Formulario de liberación HIPPA)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Liberación de información**

Autorizo la divulgación de información, incluido el diagnóstico, los registros, el examen que se me rindió y la información de las reclamaciones. Esta información puede ser divulgada a:

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

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

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

La información **NO** se debe divulgar a nadie.

Esta divulgación de información permanecerá vigente hasta que yo la rescinda por escrito.

**Mensajes**

Favor de llamar  mi celular  mi trabajo  Texto

Si no puede ponerse en contacto conmigo:

puede dejar un mensaje detallado

por favor deje un mensaje pidiéndome que le devuelva la llamada

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