

The University of Texas Rio Grande Valley
College of Health Affairs
Department of Communication Sciences and Disorders

CHILD CASE HISTORY
SPANISH

Speech and Hearing Center
Forms and Policies

Speech & Hearing Center

HSHW 1.206
1201 West University Drive
Edinburg, Texas 78539-2999
(956) 665-3587

UTRGV SPEECH AND HEARING CENTER
AVISO DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN PODRÁ SER USADA O DADA A CONOCER, Y COMO USTED PODRÁ ACEZAR A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR DE REVISAR ESTE AVISO.

- Su información confidencial de cuidado de salud podrá ser dada a conocer a otros proveedores de salud con el propósito de proveerle a usted un cuidado de salud de calidad continua.
- Su información confidencial de cuidado de salud podrá ser dada a conocer a su compañía aseguradora con el propósito de recibir pago por proveerle los servicios de cuidado de salud.
- Su información confidencial de cuidado de salud podrá ser dada a conocer a otros profesionales de cuidado de salud en el caso de una emergencia de salud.
- Su información confidencial de cuidado de salud podrá ser dada a conocer a organizaciones de salud pública u organizaciones federales en el caso de una enfermedad contagiosa, un dispositivo médico defectivo, o una reacción negativa a una comida.
- Su información confidencial de cuidado de salud no podrá ser dada a conocer por razones otras de aquellas que están delineadas en este aviso.
- Su información confidencial de cuidado de salud podrá ser dada a conocer solamente después de recibir su autorización por escrito. Usted tiene el derecho de revocar su permiso de dar a conocer su información confidencial de cuidado de salud en cualquier momento.
- El personal de este consultorio podrá recordarle sus citas, opciones u otros servicios de tratamientos que sean de su interés.
- Usted tiene el derecho de restringir el uso y divulgación de su información confidencial de cuidado de salud a cualquier miembro de su familia, amistades, o a otras involucradas en el cuidado de su salud o de pago. Sin embargo, esta oficina podrá decidir rehusar su restricción por estar en conflicto de proveerle con un cuidado de salud de calidad, o en el evento de una emergencia médica.
- Usted tiene el derecho de recibir comunicación confidencial sobre el estado de su cuidado de salud.
- Usted tiene el derecho de revisar y requerir una copia de cualquier parte y/o toda la información en su expediente de salud.
- Usted tiene el derecho de pedir un cambio de información en su expediente de salud.
- Usted tiene el derecho de saber quién ha obtenido su información confidencial de cuidado de salud y saber para qué propósito lo pidieron.
- Usted tiene el derecho de obtener una copia de este "Aviso de Privacidad" cuando lo pida.
- En este consultorio es requerido por ley proteger la privacidad de toda información de cuidado de salud.
- Este consultorio actuará de acuerdo a lo previsto en este "Aviso de Privacidad". Nosotros tenemos el derecho de hacer cambios a este aviso siempre y cuando mantengamos la privacidad de toda información de cuidado de salud.
- Usted tiene el derecho de quejarse con el Oficial de Privacidad de este consultorio y a la Secretaria de Salud y Derechos Humanos, si usted cree que sus derechos a privacidad han sido previamente violados. Si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados, por favor de dirigir sus quejas a: ATTN: Privacy Office, Speech and Hearing Center, University of Texas Rio Grande Valley, 1201 W. University Drive, Edinburg, Texas 78539-2999.
- Toda queja será investigada. Este consultorio no tomara represalia alguna por las quejas presentadas por usted.
- Para más información sobre este "Aviso de Privacidad", favor de contactar al Oficial de Privacidad (956) 665-3587.



**The University of Texas Rio Grande Valley
Noticia de No Discriminación**

El Título VI de la Enmienda de Educación del Departamento de los E.U de 1972 (“Título IX”) prohíbe la discriminación en base al sexo/género en cualquier aspecto de los programas federalmente financiados o actividades. Tal discriminación incluye, pero no es limitado al: acoso sexual, violencia sexual, acoso basado al sexo o género, hacer burla, acosar, violencia doméstica, relación violenta, fracaso a proveer aceptación a oportunidades en igualdad, al trabajo y/ o al atletismo.

El receptor de las fuentes federales de la University of Texas Rio Grande Valley (UTRGV) cumple con el Título IX y es designado al coordinador del Título IX que supervisa todas las quejas de discriminación basado al sexo. El coordinador del Título IX es responsable para identificar y dirigir los patrones o problemas sistemáticos que surgen al revisar las quejas. Adicionalmente, otras responsabilidades incluyen la coordinación de entrenamientos, educación, y procedimiento de la comunicación al respecto del Título IX de la Universidad.

El Título IX asiste y recibe el proceso de quejas del Título IX; responde a la investigación de los estudiantes, el personal, y la facultad sobre sus derechos y responsabilidades; y asiste al Título IX a la supervisión e implementación del cumplimiento del Título IX.

UTRGV ha designado a los siguientes individuos para servir al Coordinador y Asistentes del Título IX:

Título	Nombre	Posición	Ubicación del Departamento	Information de Contacto
Coordinador de Título IX:	Alicia G. Morley	Director, Office of Institutional Equity	Office of Legal Affairs SSBL 3.101 – Edinburg Campus	956-665-2103 alicia.morley@utrgv.edu
Representante del Coordinador para Estudiantes:	Douglas Stoves	Associate Dean for Student Rights and Responsibilities	Student Rights and Responsibilities Cortez Hall #204 – Brownsville Campus	956-882-7196 douglas.stoves@utrgv.edu
Asistente del Representante del Coordinador para Estudiantes:	David Marquez	Assistant Director for Student Rights and Responsibilities	Student Rights and Responsibilities Cortez Hall #211 – Brownsville Campus	956-882-5034 david.marquez@utrgv.edu
Representante del Coordinador para Atletas:	Farah Manthei	Associate Athletic Director for Administration/SWA	Athletics HPE1 1.102 – Edinburg Campus	956-665-2919 farah.manthei@utrgv.edu
Representante del Coordinador para el Personal y la Facultad:	Florence R. Nocar	Employee Relations Manager	Human Resources MASS 2.140 – Edinburg Campus	956-665-3020 florence.nocar@utrgv.edu

Estudiantes, Personal, Facultad, o Aplicantes para admisión o trabajo que creen haber sido discriminados referente al sexo pueden hacer un reclamo al Coordinador del Título IX o al Representante del Coordinador. El Coordinador o el representante del Título IX le asistirán a identificar la póliza apropiada y correspondiente de la Universidad y procederá a resolver el reclamo en un tiempo apropiado y equitativo.

Violencia Sexual

Para hacer un reclamo sobre violencia sexual, favor de contactar al Coordinador del Título IX o al representante del Coordinador enlistado en la tabla de arriba, dependiendo contra quien será el reclamo, también puede contactar a:

The University of Texas Rio Grande Valley Departamento de Policía
No-Emergencia: 956-665-7151 or 956-882-8232

Emergencia: 911
Conectado: www.utrgv.edu/reportit

Consultas

Consultas sobre el Título IX y la obediencia de UTRGV pueden también ser dirigidas a:

Office of Civil Rights – U.S Department of Education
400 Maryland Avenue, SW
Washington, D.C. 20202
Hotline: (800) 421-3481
TDD #: (800) 521-2172
Email: OCR@ed.gov
Web: <http://ed.gov/ocr>

En Caso de Emergencia

Contactos del campus universitario

- Policía de la Universidad • (956) 665-7151
- Información actualizada de emergencia • (956) 665-SAFE(7233)
- Salud ambiental y Seguridad • (956) 665-3690
- Oficina del Deán • (956) 665-2260
- Servicios de salud para estudiantes • (956) 665-2511
- Viviendas de estudiantes • (956) 665-3439

En Caso de un Simulacro de Fuego o en caso de Fuego

- Un simulacro de incendio es un método de práctica de evacuación de un edificio en causa de fuego o una emergencia. Si en esta situación fuera a ocurrir, los encargados de los edificios de Ciencias y Salud Oeste y Este tienen que evacuar el edificio durante un simulacro de fuego. Los asistentes de evacuación de los edificios Ciencias y Salud Oeste y Este están familiarizados con los procedimientos durante el simulacro de lumbre/emergencia.

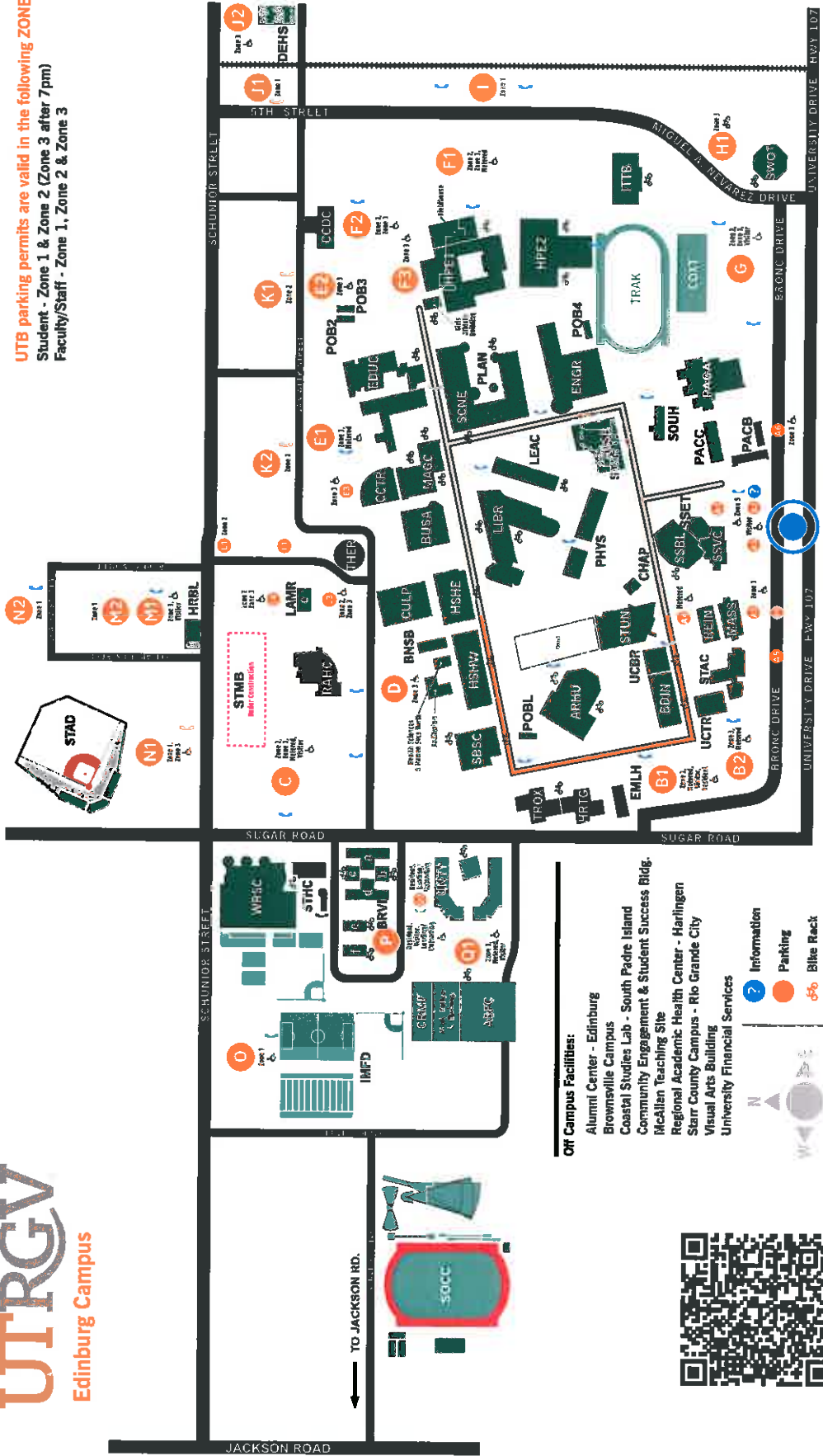
All vehicles parked on campus must be registered with the UTRGV Police Department and must properly display an appropriate permit.

ACSB - Academic Services	EMLH - Emilia Schunior Ramirez Hall	MASS - Mariatice Shary Shivers Building	SCNE - Science
ASFC - Academic Support Facility	ENGR - Engineering	MAGC - Mathematics & General Classrooms	SBSC - Social & Behavioral Sciences
ARHU - Arts & Humanities	HPEI - Health & Physical Education I Fieldhouse	COXT - Cox Tennis Center	SWOT - Social Work & Occupational Therapy
ARHU - Arts & Humanities	HPE2 - Health & Physical Education II	PACA - Performing Arts Complex A	SOUH - Southwick Hall
ARHU - Arts & Humanities	HSHE - Health Sciences & Human Svcs East	PACB - Performing Arts Complex B	STMB - South Texas Medical Academic Building
ARHU - Arts & Humanities	HSHW - Health Sciences & Human Svcs West	PACC - Performing Arts Complex C	STAC - Student Academic Center
ARHU - Arts & Humanities	HRFG - Heritage Hall	PLAN - Planetarium	STHC - Student Health Center
ARHU - Arts & Humanities	HRBL - Heritage Hall	POBL - Porable Building 1	SSBL - Student Services Executive Tower
ARHU - Arts & Humanities	IMFD - Intramural Fields	POB2 - Porable Building 2	SSET - Student Services Executive Tower
ARHU - Arts & Humanities	ITTB - International Trade & Technology/ITT	POB3 - Porable Building 3	STUN - Student Union
ARHU - Arts & Humanities	LAMR - Learning Assistance Center	POB4 - Porable Building 4	TRER - Thermal Storage Tank
ARHU - Arts & Humanities	LIBR - Library	REIN - Regional Academic Health Center	TRAK - Track & Soccer Field
ARHU - Arts & Humanities	ASFC - Academic Support Facility	CRMF - Rio Grande Center for Manufacturing	UNTY - Unity Hall
ARHU - Arts & Humanities	ASFC - Academic Support Facility		UCR - University Center
ARHU - Arts & Humanities	ASFC - Academic Support Facility		SSVC - Visitors Center
ARHU - Arts & Humanities	ASFC - Academic Support Facility		WRSC - Wellness & Recreational Sports Complex

UTB parking permits are valid in the following ZONES:
 Student - Zone 1 & Zone 2 (Zone 3 after 7pm)
 Faculty/Staff - Zone 1, Zone 2 & Zone 3

UTRGV

Edinburg Campus



Off Campus Facilities:

- Alumni Center - Edinburg
- Brownsville Campus
- Coastal Studies Lab - South Padre Island
- Community Engagement & Student Success Bldg.
- McAllen Teaching Site
- Regional Academic Health Center - Harlingen
- Starr County Campus - Rio Grande City
- Visual Arts Building
- University Financial Services

Information: ?
 Parking: P
 Bike Rack: B
 E-Phone: E
 iPhone/iPad: I



CAMPUS ENTRANCE

Fecha: _____

Uso del idioma en casa:

1. Primer idioma aprendido. _____
2. Idioma usado más frecuentemente por el/la niño/niña en casa. _____
3. Idioma usado más frecuentemente por los padres. _____
4. Idioma usado más frecuentemente por el resto de los miembros de la familia. _____

I. INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del niño/niña: _____
Primer Segundo Apellido

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Mes Día Año

Domicilio: _____
Calle Ciudad Código Postal Número de Teléfono

Número de teléfono: _____

Nombre de la persona que está llenando este cuestionario: _____

Parentesco al niño/niña: _____

Padres	Nombre	Edad	Ocupación	Educación
--------	--------	------	-----------	-----------

Padre: _____

Madre: _____

Hermanos	Sexo	Edad	Grado Escolar
----------	------	------	---------------

Nombre de la persona o agencia que lo refirió al Centro: _____

Nombre del Médico del niño/niña: _____

Domicilio: _____

II. DECLARACION DEL PROBLEMA:

Describa en sus propias palabras el problema del hablar, lenguaje, y/o oír de su niño/niña.

¿Cuándo noto por primera vez el problema? _____

¿Quién noto el problema? _____

¿Cuáles cambios en el lenguaje y/o el hablar de su niño/niña ha notado desde ese tiempo?

¿Ha buscado ayuda profesional antes acerca del hablar o lenguaje de su niño/niña? Si No

Describa:

Marque los artículos que se refieren a su niño/niña:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Evita de hablar en la escuela. | <input type="checkbox"/> 5. Evita hablar con adultos. |
| <input type="checkbox"/> 2. Evita de hablar en situaciones cuando juega. | <input type="checkbox"/> 6. Evita decir ciertas palabras. |
| <input type="checkbox"/> 3. Evita de hablar en casa. | <input type="checkbox"/> 7. Lloro cuando no puede comunicarse. |
| <input type="checkbox"/> 4. Evita de hablar con niños/niñas | <input type="checkbox"/> 8. Es agresivo(a) cuando no puede comunicarse. |

¿Hay algún miembro de la familia que ha tenido problemas con el hablar y/o lenguaje? Sí No

Si contesto "si", describa

III. DESARROLLO EN EL HABLAR, LENGUAJE, Y OIR:

¿Durante los primeros seis meses, hizo el niño/niña sonido de murmullos o arrullo?

¿A qué edad dijo al niño/niña su primera palabra? _____

¿Cuál fueron las primeras palabras del niño/niña? _____

¿Añadió el niño/niña palabras tan pronto cuando empezó a hablar? _____

¿A cuál edad el niño/niña empezó a usar oraciones de dos y tres palabras? _____

¿El aprendizaje del lenguaje pareció ser alto durante algún periodo de tiempo? _____

¿Habla frecuentemente el niño/niña? _____

Nunca _____

Prefiere el niño/niña: hablar _____
 Hacer señas _____
 Señales y hablar _____

Usa el/la niño/a más frecuentemente

Sonidos _____
 Palabras singulares _____
 Oraciones de dos palabras _____
 Oraciones de tres palabras _____
 Más de tres palabras en una oración _____

Por ejemplo:

¿Hace su niño/niña sonidos incorrectamente?:
 Si indico "si", ¿Cuáles? _____

¿Su niño/niña pausa, repite, o tartamudea sobre sonidos o palabras? Si No
 Si indico "si", ¿Cuáles? _____

¿Él/Ella puede ser entendido(a) por sus padres? _____

¿Él/Ella puede seguir instrucciones simples? _____

¿Él/Ella obtiene objetos comunes cuando se le pide? _____

¿Su niño/niña tiene algún problema al acordarse lo que le ha dicho? Si No
 Si indico "si", ¿Cuáles? _____

IV. HISTORIA DEL DESARROLLO

Este niño/niña es biológicamente _____ Criado(a) como hijo(a) _____ Adoptivo(a) _____

¿Cuántos embarazos ha tenido la madre? _____

¿Cuál embarazo fue este niño/niña? _____

¿Ha tenido abortos la madre? _____

¿Cuál embarazo? _____ La edad de la madre al tiempo de este embarazo. _____

¿Hubo problemas médicos antes de este embarazo? Si No

Describe si contesto "si". _____

¿La madre tuvo alguno de los siguientes problemas durante este embarazo?
 Rubéola Anemia Toxemia Accidentes, danos Infección en un riñón

Describe, incluyendo atención médica: _____

¿Tomo la madre alguna medicina prescriptiva o no prescriptiva durante este embarazo?
 Sí No ¿Cuáles? _____

¿Cargo el/la niño/niña el tiempo de total? _____

¿Prematuro? _____ ¿Cuantos Meses? _____

¿El parto fue normal? _____

¿El periodo del estar de parto? _____

¿Se usaron fórceps? _____ ¿Cesaría? _____

¿Le dieron drogas a la madre durante el estar de parto y al dar a luz? _____

¿Cuánto tiempo estuvieron la madre y el niño/niña en el hospital? _____

Peso del niño/niña al nacer _____ ¿Hubieron lastimaduras para el niño/niña durante al parto? _____

Describe si contesto "si" _____

¿Fue el niño/niña de sangre Rh? _____ ¿Niño/niña azul? _____

¿Requirió oxigeno el niño/niña? _____

¿Recibió el niño/niña medicina o tratamiento especiales al nacer? _____

¿Tuvo el infante problemas con el alimento? _____

¿Ataques? _____ ¿Convulsiones? _____

Peso después de un año: _____ Peso al presente: _____

De las edades durante las cuales lo siguiente ocurrió por primera vez:

Levanto la cabeza _____

Gateo _____

Se puso de pie _____

Mantuvo control del orín _____

Corrió _____

¿Mantuvo control de sus necesidades biológicas durante la noche? _____

¿Cual mano usa más frecuente? _____

La derecha _____ La izquierda _____ No tiene preferencia _____

¿Alguien ha hecho el intento de cambiar la mano que el/la niño/niña usa? Sí No

V. HISTORIA MÉDICA

	Si	No	Edad		Si	No	Edad
Adenoidectomía	_____	_____	_____	Tos Crup	_____	_____	_____
Alergias	_____	_____	_____	Problemas dentales	_____	_____	_____
Asma	_____	_____	_____	Difteria	_____	_____	_____
Enfermedad de la sangre	_____	_____	_____	Dolores de oídos	_____	_____	_____
Cataratas	_____	_____	_____	Dolores de cabeza	_____	_____	_____
Viruelas locas	_____	_____	_____				
Bisoyo	_____	_____	_____				

	Si	No	Edad
Golpes en la cabeza	_____	_____	_____
Problemas cardiacos	_____	_____	_____
Fiebres altas	_____	_____	_____
Influenza	_____	_____	_____
Mastoidectomía	_____	_____	_____
Meningitis	_____	_____	_____
Papera	_____	_____	_____
Desorden de los músculos	_____	_____	_____
Desorden de los nervios	_____	_____	_____
Ortodoncia	_____	_____	_____
Pulmonía	_____	_____	_____
Polio	_____	_____	_____
Fiebre reumática	_____	_____	_____
Fiebre escarlatina	_____	_____	_____
Amigdalotomía	_____	_____	_____
Tos ferina	_____	_____	_____

Describe cualquier otra enfermedad, accidentes, operaciones, y hospitalizaciones del niño/niña. _____

¿Es buena la salud del niño/niña? _____

¿Satisfactoria? _____

¿Pobre? _____

¿Al presente al niño/niña está bajo tratamiento médico o está tomando medicinas?

Si

No

Describe cualquier tratamiento o medicina: _____

Fecha del último examen físico: _____

Medico: _____

Resultados: _____

Fecha del último examen de la visión: _____

Medico: _____

Resultados: _____

Fecha del último examen del oír: _____

Medico: _____

Resultados: _____

¿Usa el niño/niña aparato audiológico? _____

¿Usa anteojos? _____

Fechas de otros exámenes médicos: _____

Medico: _____

Resultados: _____

VI. HISTORIA EDUCATIVA

Su niño/niña asiste: Lugar de cuida niños _____
Kindergarten _____
Casa cuna _____
Escuela primaria _____

Escuela	Grado/Nivel
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿En la escuela, el niño/niña hace su trabajo al promedio? _____

¿Bajo del promedio? _____ ¿O más alto que el promedio? _____

¿Cuáles son las materias preferidas del niño/niña? _____

¿Cuáles son sus materias peores? _____

¿Recibe algunos servicios especiales o ayuda en la escuela? _____

Describe _____

¿Ha repetido algún grado el niño/niña? _____

Si contesto "si", ¿cuál es? _____

¿Cuál es la impresión de usted acerca de las habilidades de aprendizaje de su niño/niña?

Describe cualquier servicio del hablar, oír, psicológico y educación especial que su niño/niña ha recibido.

AUTHORIZACION PARA RECIBIR SERVICIOS

Yo doy permiso para proveer servicios de evaluación y/o terapia que serán necesarios al The University of Texas Rio Grande Valley Speech and Hearing Center para:

_____ _____
Nombre del Cliente Fecha de Nacimiento

Entendiendo que todas las evaluaciones y servicios de terapia estarán proveídos por estudiantes del University of Texas Rio Grande Valley Communication Sciences and Disorders Program. Los estudiantes estarán supervisados por miembros de la facultad que están certificados y licenciados por el estado de Texas.

También entiendo que _____ estará observado por estudiantes inscritos en clases de Communication Disorders.
Nombre del Cliente

Firma del Padre o Guardián Legal del Cliente: _____ Fecha: _____

ESTA AUTORIZACIÓN SE CONSIDERA VÁLIDA HASTA QUE SE REVOCA POR ESCRITO.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma de Encargado Legal: _____
(Si es mayor de edad)

Relación al Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

Imprima Nombre: _____

Póliza de Reglamento

Estamos satisfechos que usted haya escogido a The University of Texas Rio Grande Valley Speech and Hearing Center. Deseamos que se sienta a gusto aquí y que nos deje saber si hay algo que debemos hacer para servirle.

Dado que el Centro del Habla y del Oír ofrece servicios a diferente gente de la universidad y también a la comunidad, solicitamos que los siguientes reglamentos sean observados y seguidos:

1. Favor de hablar con algún empleado de la clínica al llegar.
2. El pago esta vencible al momento antes de la cita, Clientes con algún balance no serán vistos si no pagan el monto a total.
3. Si hay algún cambio de dirección o teléfono pavor de notificar a la secretaria de la clínica para poder tener nosotros actualizada su información.
4. Todas las evaluaciones y sesiones de terapia serán grabadas. Entiendo que la grabación de video puede ser utilizada **SOLAMENTE** para instrucción, educación, o desenvolvimiento profesional por facultad en el Programa Communication Disorders.
5. Respecto a los derechos de confidencialidad de otros, Si está usted en el corredor de observación, favor de solo observar a su mimbro de familia. Los audífonos son proveídos para su conveniencia.
6. Un cuarto es proveído a los padres o miembros de la familia de los clientes para que esperen mientras el cliente está en Terapia. Se les pide a los padres que cuiden a sus hijos mientras están en el área de espera. Niños **No son Permitidos** en los cuartos de observación.
7. El uso de celular solo es permitido en el área de espera, No en los cuartos de observación ni en los pacillos después del área de espera.
8. Comida, bebidas no son permitidas en la clínica, ni en la área de espera, cuartos de observación y pacillos. Por favor de mantener el área limpia para los próximos clientes. Su cooperación es agradecida.
9. **Para la protección de sus hijos, favor de quedarse en la clínica hasta que la sesión de terapia haya terminado. Por si hay un caso en que su hijo este en emergencia y padres deben de estar disponibles inmediatamente. Si los padres no se quedan en la clínica, su hijo puede ser dado de baja de la clínica.**

Agradecemos su comprensión y entendimiento con la póliza. Si tiene alguna pregunta déjenos la saber.

Mi firma abajo indica que he leído y entendido la póliza mencionada.

Paciente/ Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha

Speech & Hearing Center

HSBW 1.206
1201 West University Drive
Edinburg, Texas 78539-2999
(956) 665-3587

utrgv.edu

Rev. 9/2015

Póliza de No Llamar/ No Presentarse

Su cita es muy importante para nosotros y para su salud. Si usted pierde una cita, estará retardando su tratamiento y probablemente espere largo tiempo en su próxima cita. Para proveerle un servicio excepcional, necesitamos de su cooperación.

Si desea cambiar su cita es su responsabilidad para contactar a The University of Texas Rio Grande Valley Speech and Hearing Center (956-665-3587) mínimo 24 horas por adelantado. **Si Speech and Hearing Center no recibe una llamada de cancelación, aun será facturado aunque no haya asistido a los servicios.**

Póliza

1. Si usted no llama y avisa para cancelar su cita, los servicios aun serán cobrados en su próxima cita.
2. Los servicios deben ser pagados antes de que usted o su niño(a) sean atendidos en su terapia.
3. En dado caso de que usted pierda su cita en dos (2) ocasiones, consecutivas o en total sin notificar a Speech and Hearing Center, usted o su hijo(a) serán removidos de la lista de citas y su espacio será ofrecido a otro cliente.
4. Si usted llega **15 minutos tarde, no será visto.**

Favor de llamar y cancelar su cita para que evite cobros adicionales o sea removido de la lista de citas. Agradecemos mucho su comprensión y cooperación con esta póliza.

Mi firma abajo indica que he leído y entendido esta póliza.

Paciente/Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha