

VGMHC Annual Verification Form

① ¿QUIÉN ES USTED? (PACIENTE) *La información en este formulario debe ser sobre el paciente.*

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido Paterno	Sufijo
Nombre Preferido	Número de Seguro Social (si tiene uno)		Fecha de Nacimiento
Estado como Veterano <input type="checkbox"/> Soy Veterano de USA <input type="checkbox"/> No Soy Veterano de USA			

② ¿CÓMO PODEMOS CONTACTARLE? (Paciente o Representante)

Dirección	Apartamento #	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono Celular	Otro Teléfono	Correo Electrónico		
Mejor manera de contactarle (marque todos): <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> MyChart <input type="checkbox"/> Mensaje de Texto				

③ RAZA Y GRUPO ÉTNICO (esta información ayuda a Virginia Garcia a asegurarse de que todos tengan acceso a la misma atención médica)

1. ¿Cómo identifica usted su raza, grupo étnico, tribu de origen, país de origen o ascendencia? _____

2. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su identidad racial o étnica? Marque TODAS las opciones que correspondan.

Hispano and Latino(a/x)

- Centroamericano(a)
- Mexicano(a)
- Sudamericano(a)
- Hispano(a) o latino(a/x) de otro origen

Indígena de Hawái y Isleño(a) del Pacífico

- Chamoru (chamorro(a))
- Marshalés(a)
- Comunidades de la región de Micronesia
- Nativo(a) de Hawái
- Samoano(a)
- Nativo(a) de otras Islas del Pacífico

Blanco

- De Europa del Este
- Eslavo/a
- De Europa Occidental
- Otro grupo étnico blanco

Indígena americano e Indígena de Alaska

- Indígena estadounidense
- Nativo(a) de Alaska
- Inuit canadiense, Metis o indígena canadiense (First Nation)
- Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano

Negro y Afroestadounidense

- Afroestadounidense
- Afrocaribeño(a)
- Etíope
- Somalí
- Africano(a) de otro origen (negro)
- Otro grupo étnico negro

Del Medio Oriente/del norte de África

- Del Medio Oriente
- Del Norte de África

Asiático

- Indígena Asiático(a)
- Camboyano(a)
- Chino(a)
- Comunidades de Myanmar
- Filipino(a)
- Hmong
- Japonés(a)
- Coreano(a)
- Laosiano(a)
- Del sur de Asia
- Vietnamita
- Otros asiáticos

Otras categorías

- Otra (indique) _____
- No sé
- No deseo responder

3. Si marcó más de una de las categorías anteriores, ¿hay una que usted crea que sea su principal identidad racial o étnica?

- Sí. Encierre en un círculo su principal identidad racial o étnica. N/A. Solo marqué una de las categorías anteriores.
- No tengo solo una identidad racial o étnica principal. No sé
- No. Me identifico como birracial o multirracial. No deseo responder

VGMHC Annual Verification Form

④ DÍGANOS CÓMO PODEMOS SERVIRLE MEJOR (esta información ayuda a que la Clínica Virginia Garcia le ofrezca los recursos más adecuados)

Lenguaje

4a. ¿Qué idioma o idiomas usa usted en su hogar?

4b. ¿En qué idioma desea que nos comuniquemos en persona, por teléfono o virtualmente?

4c. ¿En qué idioma quiere que le escribamos?

5a. ¿Necesita un intérprete para que nos podamos comunicarnos con usted? Hay intérpretes disponibles sin costo adicional

Sí No No sé No deseo responder

5b. De ser así, ¿qué tipo de intérprete necesita?

- Intérprete de lenguaje hablado
 Intérprete de lengua de señas/signos estadounidenses
 Intérprete de sordos para sordociegos y otras barreras adicionales, o ambos
 Intérprete de lengua de señas/signos de contacto (PSE, por sus siglas en inglés)
 Otros (por favor, mencione):

6. ¿Qué tan bien habla inglés?

- Muy bien Nada
 Bien No sé
 No bien No deseo responder

Sus respuestas nos ayudarán a identificar diferencias en la salud y los servicios entre las personas con y sin dificultades funcionales. (Sus respuestas son confidenciales)

7. ¿Es usted sordo/a o tiene dificultades serias para oír?

Sí No No sé No deseo responder
 Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición?

8. ¿Es usted ciego/a o tiene dificultades serias para ver, aunque lleve puestos lentes?

Sí No No sé No deseo responder
 Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición?

Si el paciente es menor de 5 años, vaya a la Sección 5

9. ¿Tiene dificultad seria para caminar o subir escaleras?

Sí No No sé No deseo responder
 Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición?

10. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

Sí No v sé No deseo responder
 Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición?

11. ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?

Sí No No sé No deseo responder
 Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición?

12. ¿Tiene serias dificultades para aprender a hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender?

Sí No No sé No deseo responder
 Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición?

13. Cuando usa su idioma habitual (de costumbre), ¿tiene serias dificultades para comunicarse (por ejemplo, para comprender y hacerse comprender por los demás)?

Sí No No sé No deseo responder
 No sabe qué se le pregunta en esta pregunta
 Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición?

Si el paciente es menor de 15 años, vaya a la Sección 5.

14. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene usted dificultades para hacer mandados solo(a), como visitar un consultorio médico o ir de compras?

Sí No No sé No deseo responder
 Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición?

15. ¿Tiene serias dificultades con lo siguiente: su estado de ánimo, la intensidad de sus emociones o para controlar su comportamiento, o tiene delirios o alucinaciones?

Sí No No sé No deseo responder
 No sabe qué se le pregunta en esta pregunta
 Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición?

⑤ DÍGANOS MÁS DE USTED (esta información ayuda a Virginia Garcia a dirigirse a usted correctamente y recomendarle la atención adecuada)

16. Orientación Sexual: Heterosexual Gay Lesbiana Bisexual Pansexual Queer
 Otro No sé No deseo responder

17. Identidad de Género: Femenino Masculino Transfemenina Transmasculino No binario/genderqueer
 Cuestionado No deseo responder Otro

18. Sexo asignado al nacer: Femenino Masculino Intersexual No deseo responder

19. Pronombre preferido: Ella El Ellos/Ellas Usa mi nombre No deseo responder Otro

VGMHC Annual Verification Form

⑥ **TRABAJO AGRÍCOLA Y SITUACIÓN DE VIVIENDA** (Esta información ayuda a Virginia Garcia a brindar servicios de extensión adecuados)

20. ¿Usted o algún miembro de su familia con quien vive ha hecho alguna vez trabajo agrícola como empleo principal?

(El trabajo agrícola incluye: trabajo en los campos, huertas, invernaderos, viveros, pesca, trabajo con ganado, etc.)

No → **ALTO** (pase a la pregunta 21)

Sí → ¿Usted o algún miembro de su familia con quien vive se han mudado en los últimos dos años para trabajar en la agricultura?

Sí → **ALTO** Staff mark MFW

No → ¿Usted o su familia con quien vive han hecho trabajos de temporada los últimos 2 años en la agricultura sin mudarse?

Sí → **ALTO** Staff mark SFW

No → ¿Usted o su familia con quien vive dejó de trabajar en la agricultura debido a alguna discapacidad o por vejez?

Sí → **ALTO** Staff mark MFW

No → **ALTO** Staff mark NEITHER

21. Últimamente o anoche, ¿durmió en la calle, en un parque, debajo de un puente, en una tienda de campaña, en un vehículo, en un campamento para personas sin hogar, en un albergue, en un edificio abandonado, en un motel pagado por el gobierno, en una vivienda de transición, con amigos o familiares, pero no es residente permanente en el hogar u otra situación de vivienda inestable?

22. Sí → **ALTO** Staff mark HMLS

No → ¿Estuvo usted anoche en la cárcel, en un centro de tratamiento, hospital, o en otra instalación sin lugar a donde ir cuando saliera de ahí?

Sí → **ALTO** Staff mark HMLS

No → **ALTO** Staff mark NOT HMLS

El acceso a alimentos, transporte y otros apoyos básicos afectan su salud. Las siguientes preguntas se centran en estos apoyos. Sus respuestas nos permitirán brindarle una mejor atención médica y podremos conectarle con más servicios.

1. ¿Cuál es su situación de vivienda hoy? (Seleccione todas las que correspondan)

Tengo un hogar estable donde vivir	Tengo un hogar estable para vivir pero me preocupa perderlo	No tengo un hogar estable para vivir	No deseo responder
------------------------------------	---	--------------------------------------	--------------------

2. ¿En los últimos 12 meses, ¿le a preocupado que se le acabe la comida antes de poder comprar más?

Pasa muy seguido	A veces es cierto	Nunca me pasa	No deseo responder
------------------	-------------------	---------------	--------------------

3. ¿En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido acudir a citas médicas, reuniones, trabajos, o conseguir cosas necesarias para su vida diaria?

Sí me ha impedido acudir a citas médicas o recibir medicamentos	Sí me ha impedido acudir a reuniones, citas, trabajos o conseguir cosas que necesito	No	No deseo responder
---	--	----	--------------------

4. ¿En los últimos 12 meses, ¿la compañía de electricidad o luz, gas, petróleo o agua, le ha amenazado con cortar los servicios en su hogar?

Sí	No	Ya me cortaron los servicios	No deseo responder
----	----	------------------------------	--------------------

5. ¿Con que frecuencia ves o hablas con personas cercanas con las que se siente seguro/a?

Menos de una vez a la semana	1-2 veces a la semana	3-5 veces a la semana	6 o mas veces a la semana	No deseo responder
------------------------------	-----------------------	-----------------------	---------------------------	--------------------



Dental Health History/Historia de Salud

Name of current Primary Care Provider: _____

Nombre de su médico actual: _____

Name of Primary Medical Clinic: _____

Nombre de su clínica médica actual: _____

Clinic Phone number: _____

Teléfono de la clínica: _____

Medications Taken:

Medicamentos que está tomando:

Please list all medications (prescriptions, over the counter, and natural remedies):

Por favor díganos todos los medicamentos que toma (recetas, medicamentos sin receta, y remedios naturales):

Medical History/Historia Médica:

Abuse as Adult / <i>Abuso en la Edad Adulta</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Abuse as a Child / <i>Abuso en la Infancia</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
ADD/ADHD / <i>Desorden de Deficiencia de Atención/Hiperactividad</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Alcoholism/ <i>Alcoholismo</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Allergies/ <i>Alergias</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Anemia / <i>Anemia</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Anxiety / <i>Ansiedad</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Arthritis/Joint Disorders <i>Artritis/Desórdenes de las articulaciones</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Asthma/ <i>Asma</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Autism/ <i>Autismo</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Broken Jaw / <i>Fractura de la Mandíbula</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Cancer / <i>Cáncer</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Cataracts / <i>Cataracts</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Clotting Disorder/ <i>Desórdenes de Coagulación</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
COPD/ <i>Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Depression/ <i>Depresión</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Drug Addiction / <i>Adicción a Drogas</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Have you been in an alcohol or drug rehab program?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<i>Ha estado en un programa de rehabilitación por uso de drogas o alcohol?</i>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Emphysema/ <i>Enfisema Pulmonar</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Glaucoma/ <i>Glaucoma</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Heart Disease/ <i>Enfermedades del Corazón</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Heart Failure/ <i>Insuficiencia Cardiaca</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Heart Murmur/ <i>Soplo Cardiaco</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Heart: Endocarditis / <i>Corazón: Endocarditis</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
History of Blood Transfusion / <i>Historia de Transfusión de Sangre</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
HIV/AIDS - <i>VIH/SIDA</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Hyperlipidemia (high cholesterol)/ <i>Hiperlipidemia (colesterol alto)</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Hypertension (high blood pressure)/ <i>Hipertensión (alta presión sanguínea) ...</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No

Kidney disease/ <i>Enfermedad del riñón</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Liver disease (including Hepatitis A, B, and C).....	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<i>Enfermedad del Hígado (incluyendo Hepatitis A, B, y C)</i>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Meningitis	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Mental Health Disorder / <i>Desorden de Salud Mental</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
MRSA / SARM	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Myocardial Infarction (Heart Attack)/ <i>Infarto cardiaco (ataque al corazón)</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Nerve/Muscle disease / <i>Enfermedad de los nervios o músculos</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Osteoporosis/ <i>Osteoporosis</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Pacemaker / <i>Marcapasos</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Seizures/ <i>Ataques Epilépticos</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Sickle Cell Anemia / <i>Anemia Drepanocítica</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Sexually Transmitted Diseases (STD) / <i>Enfermedades de Transmisión Sexual</i> ...	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Stomach Ulcers/ <i>Úlceras Estomacales</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Stroke/ <i>Derrame Cerebral</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Thyroid Disease/ <i>Enfermedad de la Tiroides</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Tuberculosis/ <i>Tuberculosis</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No

Other Medical History/Otra Información Médica:

Radiation/Chemo treatment - <i>Radiación/Quimioterapia</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Tobacco use (cigarettes, pipe, cigars, smokeless tobacco) / <i>Uso de Tabaco</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Anticoagulation therapy (i.e. Coumadin/Warfarin)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<i>Tratamiento con Anti-coagulantes (Coumadin/Warfarina)</i>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Bisphosphonate therapy (i.e. Fosamax, Boniva)	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
<i>Terapia con Bifosfonatos (Fosamax, Boniva)</i>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cold Sores/ <i>Herpes Labial</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No
Pregnant?/ <i>Está embarazada?</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No

If yes, due date: _____ / *Si contestó "Si", cuando se alivia?* _____

Have you had any changes to your health in the past year?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<i>Ha tenido cambios en su salud en el último año?</i>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

If yes, please explain _____

Si contestó "Si", explique _____

Have you been hospitalized in the past year?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<i>Ha sido hospitalizado en el último año?</i>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Have you had problems with previous dental treatment?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<i>Ha tenido problemas con tratamientos dentales en el pasado?</i>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

If yes, please explain _____

Si contestó "Si", explique _____

Do you have any other medical problems not listed on this form?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<i>Tiene otros problemas médicos no mencionados en esta forma?</i>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Other medical problems: _____
 Otros problemas médicos: _____

Surgical Hx/*Historia de Cirugías:*

Joint replacement/ *Reemplazo de articulación* Yes/Si No

Valve replacement (heart)/ *Reemplazo de válvula del corazón*..... Yes/Si No

Other Surgery: _____

Otras cirugías: _____

Any relevant medical history not covered above: _____

Cualquier otra información médica relevante no mencionada anteriormente: _____

To the best of my knowledge, I have answered every question completely and accurately.

I will inform my dentist of any changes in my health and/or medication.

He contestado las preguntas completamente y honestamente según las entiendo. Informaré a mi dentista de cualquier cambio en mi salud y/o mis medicamentos.

Patient Printed Name / *Nombre del Paciente:* _____

Patient Signature/ *Firma del Paciente:* _____ Date/*Fecha:* _____

Parent or Guardian Signature/ *Firma del Padre o Guardián:* _____ Date/*Fecha:* _____

Interpreter Signature/*Firma del Intérprete:* _____ Date/ *Fecha:* _____

Provider Signature/*Firma del Dentista:* _____ Date/*Fecha:* _____



CENTRO CONMEMORATIVO DE SALUD VIRGINIA GARCIA

El personal del Departamento Dental de la Clínica Virginia Garcia les da la bienvenida a nuestra clínica. Debido a la gran necesidad de servicios dentales para las personas de bajos recursos y para pacientes del Plan de Salud de Oregon, nosotros no podemos ofrecer servicios dentales a todas las personas que los necesiten. Tenemos las siguientes reglamentaciones para poder servir a la mayoría de las personas que nos sea posible de acuerdo a las limitaciones de nuestros recursos. Ofrecemos tratamiento general para niños y tratamiento de emergencia para los adultos (dolor o hinchazón).

REGLAMENTACIONES DENTALES PARA LOS PACIENTES

- A. La meta primaria de las reglamentaciones dentales para pacientes del Centro Memorial de Salud Virginia Garcia es ofrecer a sus pacientes un medio accesible y al alcance de sus bolsillos para recibir servicios dentales en nuestras clínicas, basados en su necesidad y capacidad de pago, de acuerdo con las guías de ingresos ofrecidas anualmente por el gobierno federal.
- B. Una cuota nominal de \$30.00 por visita aplica para pacientes sin seguro dental de ODS, CareOregon Dental, Capitol Dental, FamilyDental Care, OHP Tarjeta Abierta, o seguro privado. El costo de su visita será descontado de acuerdo a sus ingresos. Pacientes con seguro dental privado, o con seguro de ODS, CareOregon Dental, Capitol Dental, FamilyDental Care, OHP Tarjeta Abierta deben presentar su tarjeta más reciente. Los costos de tratamientos que excedan las cantidades cubiertas por su seguro son responsabilidad del paciente.
- C. **A los pacientes que no se presenten a sus citas concertadas, o que no avisen para cancelar citas con 24 horas de anticipación, recibirán una advertencia. A la segunda vez que no se presenten a su cita sin avisar un día antes de su cita perderán el privilegio de obtener una cita por un periodo de un año a partir de la última cita no cumplida y solo podrán ser vistos en calidad de emergencia antes de las 8:00am de la mañana o como paciente en espera si hay alguna cancelación.**
- D. **A los pacientes de emergencia que no se presenten a su cita de seguimiento, después del examen de emergencia, sin avisar 24 horas antes, perderán el privilegio de obtener más citas y solo podrán ser atendidos como paciente en espera, en caso de que haya una cancelación durante el día.**
- E. Llegue 15 minutos antes de su cita concertada. Si usted llega tarde, dicha cita tendrá que ser programada para otro día y se considera como una cita no cumplida.
- F. Ofrecemos cuidado dental para casi la mayoría de los niños. Si el comportamiento de un niño no es apropiado para ser atendido aquí, nosotros podríamos referir al niño con un dentista pediatra (dentista para niños).
- G. **Si usted es un paciente adulto que va a recibir cuidado dental y trae con usted niños menores de 10 años, ellos deben esperar en el lobby y ser vigilados por un adulto (mayor de 18 años). Por razones de seguridad, los niños no pueden estar en el operatorio mientras el padre o madre reciben tratamiento dental. Si su hijo/a lo acompaña a su cita y no tiene quién lo supervise, su cita podría ser cancelada y cambiada a otra fecha/hora.**
- H. Para proveerle el mejor cuidado dental posible podríamos necesitar tomarle radiografías, aún si se las han tomado recientemente en otra clínica, ya que la American Dental Association y la Oregon Board of Dentistry consideran eso como "El Estándar de Cuidado Aceptable". Virginia Garcia se reserve el derecho de negarle servicios dentales si usted se rehúsa a que le tomen radiografías.

He leído y comprendido estas pólizas y las seguiré como están indicadas.

Nombre Completo

Firma

Fecha

Relación con el Paciente: Yo mismo Padre Madre Guardián Legal



**Consentimiento del Padre o Guardián Legal para que VGMHC
Provea Cuidados Médicos y Dentales a Menores**

Nombre legal del menor: _____

Fecha de nacimiento del menor: _____

Autorizo a Virginia Garcia Memorial Health Center (VGMHC) para que provea cuidado dental para el menor mencionado en esta forma.

Si yo, **u otro padre o guardián legal**, no pueden acompañar al menor a sus citas en Virginia Garcia, autorizo a los siguientes adultos para que acompañen y autoricen tratamiento para el menor. También autorizo a los empleados de VGMHC para que discutan y compartan información confidencial del menor, incluyendo plan de tratamiento, con los adultos autorizados en esta forma.

1. _____ **Relación con el Paciente** _____ **Edad** _____
2. _____ **Relación con el Paciente** _____ **Edad** _____
3. _____ **Relación con el Paciente** _____ **Edad** _____
4. _____ **Relación con el Paciente** _____ **Edad** _____
5. _____ **Relación con el Paciente** _____ **Edad** _____

**IMPORTANTE: SE REQUIERE IDENTIFICACION CON FOTOGRAFIA EN
CADA VISITA**

ESTE CONSENTIMIENTO EXCLUYE CITAS EN LAS QUE SE APLICAN SEDANTES (PRE-MED)

Este consentimiento será efectivo hasta que sea cancelado por escrito

Firma del padre o guardián legal

Fecha

Nombre completo del padre o guardián legal

Fecha

PATIENT LABEL