

**Firma del Paciente:**

\_\_\_\_\_

**Firma del Padre o Tutor del Paciente:**

\_\_\_\_\_

**Nombre del padre o Tutor del Paciente:**

\_\_\_\_\_

**Uso exclusivo de la Institución  
Se entregó las copias o la información fue divulgada**

**Por:** \_\_\_\_\_

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