|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C O N F I D E N C I A L** | Forma impresa | Nombre del paciente       | Fecha:       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Empleado: Complete las Partes A y C** | **Profesional de Salud/Seguridad: Complete las Partes B y D antes de la distribución al empleado** |

|  |  |
| --- | --- |
| Parte A: Información personal |  |
| Apellido:       | Dirección:       |
| Nombre:       |       |
| Fecha de nacimiento:       | Ciudad:       | Estado:       |
| Sexo: [ ]  Masculino [ ]  Femenino | Código postal / zip:       | País:       |
| Empleador:       | Nº de teléfono:       |
| Ubicación:       | Correo electrónico:       |
| Supervisor:       | Cargo:       |

|  |
| --- |
| Parte B: Profesional de Salud / Seguridad: Esta sección DEBE ser completada antes de ladistribución de este formulario al empleado |
| Nombre del profesional de la salud:       | Nº de teléfono:       |
| **Respirador y equipo de seguridad que debe usar el empleado** |
| Tipo | Peso | Duración | Frecuencia de uso |
| Purificador de aire |       |       |       |
| Línea de aire |       |       |       |
| Aparato de respiración autónomo |       |       |       |
| Respirador para escape de 5 minutos |       |       |       |
| Otro:       |       |       |       |
| Ropa y equipo de protección adicional que se debe usar:       |
| **Esfuerzo físico esperado** |
| [ ]  Esfuerzo ligero (caminar, inspeccionar, etc.) |
| [ ]  Esfuerzo moderado (trabajo manual, incluye uso de herramientas y levantamiento <25 lb.) |
| [ ]  Esfuerzo pesado (lucha contra incendios, subir escaleras, tareas de respuesta ante emergencias y levantamiento >25 lb.) |
| **Niveles extremos de temperatura y humedad que pueden ser encontrados** |
| [ ]  Frío extremo (por debajo de 30° F) | [ ]  Sequedad | [ ]  Humedad (por encima de 90%) |
| [ ]  Calor extremo (por encima de 100° F) | [ ]  Humectación | [ ]  Otro:       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C O N F I D E N C I A L** | Forma impresa | Nombre del paciente       | Fecha:       |

|  |  |
| --- | --- |
| Parte C: Empleado / Candidato |  |
| * Según **OSHA 25 CFR 1910.134 Normas de Respiradores,** si usted ha sido seleccionado para usar un respirador, DEBE contestar las siguientes preguntas.
* Comuníquese con **Houston Health Services** (véase **Parte B**) si desea tratar cualquier pregunta en esta sección.
 |
| Estatura (pies pulg.):       | Peso (lb):       |
| Nº de teléfono laboral:       | Mejor hora para llamarle a este nº:       |
| ¿Le ha dicho su empleador cómo comunicarse con el médico o la enfermera que revisará este cuestionario? (Véase "Parte B" #1 arriba) | [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Puede leer? | [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Ha usado un respirador?En caso afirmativo, ¿qué tipo(s)?       | [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Ha usado un respirador durante las pruebas de ajuste? | [ ]  Sí [ ]  No |
| Marque el (los) tipo(s) de respirador que usará: [ ]  N, R o P desechable [ ]  Otro tipo (p. ej., semimascarilla o mascarilla completa con suministro de aire):       |
| Consentimiento |
| Nombre del empleado en letra de molde: |       | Fecha: |       |
| Firma del empleado: |  |

|  |
| --- |
| Cuestionario de evaluación médica de la aptitud respiratoria |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 Consumo de tabaco | S | N |
| ¿Usted actualmente fuma tabaco o ha fumado tabaco en el último mes? | [ ]  | [ ]  |
| ¿Ha fumado un paquete de cigarrillos o más continuamente en los últimos cinco años? | [ ]  | [ ]  |
| 2 ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones? | S | N |
| **Convulsiones (ataques)** | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Convulsión en los últimos 12 meses? | [ ]  | [ ]  |
| **Diabetes (enfermedad de la glucemia)** | [ ]  | [ ]  |
|  ¿La diabetes ha resultado alguna vez en coma diabético o choque insulínico en los últimos 5  años? | [ ]  | [ ]  |
| **Reacciones alérgicas que interfieren con la respiración** | [ ]  | [ ]  |
| **Claustrofobia** (miedo a los espacios cerrados) | [ ]  | [ ]  |
| **Dificultad para oler olores** | [ ]  | [ ]  |

 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3 ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas pulmonares? | S | N |
| **Exposición a la asbestosis** | [ ]  | [ ]  |
| **Asma** | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Ha tenido un ataque de asma en los últimos 5  años? | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Está actualmente tomando medicamentos para el  asma? | [ ]  | [ ]  |
| **Bronquitis crónica** | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Ha visto a un médico o ha tenido alguna  hospitalización por bronquitis crónica en los  últimos 5 años? | [ ]  | [ ]  |
| **Enfisema** | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Ha sido visto por un médico u hospitalizado por  enfisema en los últimos 5 años? | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Actualmente está tomando algún medicamento  para el enfisema? | [ ]  | [ ]  |
| **Tuberculosis** | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Ha ocurrido la tuberculosis en los últimos 3 años? | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Actualmente está tomando algún medicamento  para la tuberculosis? | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Ha habido algún daño pulmonar como resultado  de la tuberculosis? | [ ]  | [ ]  |

 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C O N F I D E N C I A L** | Forma impresa | Nombre del paciente       | Fecha:       |

|  |
| --- |
| Cuestionario de evaluación médica de la aptitud respiratoria, cont. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3 ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas pulmonares? (cont.) | S | N |
| **Silicosis** | [ ]  | [ ]  |
| **Neumotórax (pulmón colapsado)** | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Ha ocurrido el colapso del pulmón en los últimos  5 años? | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Ha ocurrido el colapso del pulmón en los últimos  5 años? | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Ha habido dificultad respiratoria o daño pulmonar  permanente como resultado de una lesión en el  pecho o cirugía torácica? | [ ]  | [ ]  |
| **Cáncer de pulmón** | [ ]  | [ ]  |
| **Costillas rotas** | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Ha habido costillas rotas en los últimos 5 años? | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Ha provocado falta de aliento o algún daño  permanente? | [ ]  | [ ]  |
| **Lesiones en el pecho y cirugía torácica** | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Ha sufrido alguna lesión en el pecho o recibido  alguna cirugía torácica en los últimos 5 años? | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Ha habido alguna falta de aliento o algún daño  pulmonar permanente como resultado de una  lesión en el pecho o cirugía torácica? | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Algún otro problema pulmonar que le hayan  comunicado? | [ ]  | [ ]  |
|  (en caso afirmativo, describa):       |  |  |
| 4 ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas de enfermedad pulmonar? | S | N |
| **Falta de aliento** | [ ]  | [ ]  |
|  Dificultad para respirar al caminar rápido en  terreno plano o subiendo una ligera colina o  pendiente | [ ]  | [ ]  |
|  Falta de aliento al caminar con otras personas a un  ritmo normal en terreno llano | [ ]  | [ ]  |
|  Tiene que pararse para respirar al caminar a su  propio ritmo en terreno llano | [ ]  | [ ]  |
|  Falta de aliento al lavarse o vestirse | [ ]  | [ ]  |
|  Falta de aire que interfiere con su trabajo | [ ]  | [ ]  |
| **Tos que produce flema** (esputo espeso) | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Ha sido visto por un médico u hospitalizado por  toser con flema en los últimos 3 años? | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Actualmente está tomando algún medicamento  para la tos? | [ ]  | [ ]  |

 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | S | N |
| **Tos que lo despierta por la mañana** | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Ha sido visto por un médico u hospitalizado por  toser temprano en la mañana? | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Actualmente está tomando algún medicamento  para la tos? | [ ]  | [ ]  |
| **¿Tos que ocurre principalmente cuando usted está acostado?** | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Ha sido visto por un médico u hospitalizado en  los últimos 3 años por esta tos acostada? | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Actualmente está tomando algún medicamento  para la tos? | [ ]  | [ ]  |
| **¿Ha estado tosiendo sangre en el último mes?** | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Ha sido visto por un médico u hospitalizado o ha  estado tosiendo sangre en los últimos 3 años? | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Actualmente está tomando algún medicamento  para la tos con sangre? | [ ]  | [ ]  |
| **Sibilancias** | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Sibilancias que interfieren con su trabajo? | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Dolor en el pecho cuando respira  profundamente? | [ ]  | [ ]  |
| ¿Cualquier otro síntoma que usted piensa puede estar relacionado con problemas pulmonares? | [ ]  | [ ]  |
|  (en caso afirmativo, describa):       |  |  |
| 5 ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas cardiovasculares o cardíacos? | S | N |
| **Ataque al corazón** | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Hospitalizado en los últimos 5 años por un ataque  al corazón? | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Actualmente está tomando medicamentos para  un ataque al corazón? | [ ]  | [ ]  |
| **Accidente cerebrovascular** | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Ha sido hospitalizado en los últimos 5 años por  un accidente cerebrovascular? | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Actualmente está tomando algún medicamento  para un accidente cerebrovascular? | [ ]  | [ ]  |
| **Angina** | [ ]  | [ ]  |
| **Insuficiencia cardiaca** | [ ]  | [ ]  |
| **Hinchazón en las piernas o los pies** (no causado por caminar) | [ ]  | [ ]  |
| **Arritmia cardíaca** (latido irregular del corazón) | [ ]  | [ ]  |
| **Alta presión sanguínea** (hipertensión) | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Actualmente está tomando algún medicamento  para controlarla? | [ ]  | [ ]  |
|  ¿La presión arterial alta está bajo control? | [ ]  | [ ]  |
|  ¿Algún otro problema del corazón que le hayan  comunicado? | [ ]  | [ ]  |
|  (en caso afirmativo, describa):       | [ ]  | [ ]  |

 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C O N F I D E N C I A L** | Forma impresa | Nombre del paciente       | Fecha:       |

|  |
| --- |
| Cuestionario de evaluación médica de la aptitud respiratoria, cont.  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6 ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes síntomas cardiovasculares o cardíacos? | S | N |
| Dolor frecuente u opresión en el pecho | [ ]  | [ ]  |
| Dolor u opresión en el pecho durante la actividad física | [ ]  | [ ]  |
| Dolor u opresión en el pecho que interfiere con su trabajo | [ ]  | [ ]  |
| En los últimos 2 años, ¿alguna vez ha notado que su corazón se detuvo o perdió el ritmo? | [ ]  | [ ]  |
| Acidez estomacal o indigestión no relacionada con la alimentación | [ ]  | [ ]  |
| Cualquier otro síntoma que usted piensa puede estar relacionado con problemas de corazón o circulación?(en caso afirmativo, describa):       | [ ]  | [ ]  |
| 7 ¿Actualmente toma medicamentos para cualquier otro de los siguientes problemas? | S | N |
| Problemas respiratorios o pulmonar | [ ]  | [ ]  |
| Problemas del corazón | [ ]  | [ ]  |
| Presión sanguínea | [ ]  | [ ]  |
| Convulsiones | [ ]  | [ ]  |
| 8 ¿Ha utilizado alguna vez un respirador? | S | N |
| Irritación de los ojos | [ ]  | [ ]  |
| Alergias o erupciones cutáneas | [ ]  | [ ]  |
| Ansiedad | [ ]  | [ ]  |
| Debilidad o fatiga general | [ ]  | [ ]  |
| ¿Algún otro problema que interfiere con el uso de un respirador? | [ ]  | [ ]  |
| (en caso afirmativo, describa):       |  |  |

 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 9 ¿Le gustaría hablar con el profesional de la salud que revisará este cuestionario sobre sus respuestas? | S | N |
| **NOTA:** El médico sólo se pondrá en contacto con usted si hay dudas sobre su capacidad para usar un respirador. El médico no está disponible para una consulta general. | [ ]  | [ ]  |
| 10 Exposición a productos químicos peligrosos | S | N |
| En el trabajo o en casa, ¿alguna vez ha estado expuesto a solventes peligrosos, sustancias químicas en el aire peligrosas (por ejemplo, gases, humos o polvo), o su piel ha entrado en contacto con productos químicos peligrosos? | [ ]  | [ ]  |
| (en caso afirmativo, enumere los productos químicos y las fechas de exposición):       |  |  |
| 11 ¿Alguna vez ha trabajado con alguno de los materiales o bajo cualquiera de las condiciones que se enumeran a continuación? | S | N |
| Amianto | [ ]  | [ ]  |
| Sílice (p. ej., en chorreado con arena) | [ ]  | [ ]  |
| Cobalto de tungsteno (p. ej., moler o soldar este material) | [ ]  | [ ]  |
| Berilio | [ ]  | [ ]  |
| Carbón (p. ej., minería) | [ ]  | [ ]  |
| Hierro | [ ]  | [ ]  |
| Estaño | [ ]  | [ ]  |
| Entornos polvorientos | [ ]  | [ ]  |
| ¿Otras exposiciones peligrosas? | [ ]  | [ ]  |
| (en caso afirmativo, describa):       |  |  |

 |

|  |
| --- |
| Si ha sido seleccionado para usar un **RESPIRADOR DE MÁSCARA COMPLETA** o un **APARATO DE RESPIRACIÓN AUTÓNOMO (SCBA, por sus siglas en inglés),** por favor conteste estas preguntas adicionales. Si ha sido seleccionado para usar otros tipos de respiradores, la contestación de estas preguntas es voluntaria. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 12 Pérdida de la vista | S | N |
| ¿Alguna vez ha perdido la vista en cualquiera de los ojos (de forma temporal o permanente)? | [ ]  | [ ]  |
| 13 ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas de visión? | S | N |
| Usar lentes de contacto | [ ]  | [ ]  |
| Usa gafas | [ ]  | [ ]  |
| Daltoniano | [ ]  | [ ]  |
| ¿Algún otro problema ocular o de visión? | [ ]  | [ ]  |
|  ¿No puede realizar las funciones del trabajo como  resultado de estos problemas? | [ ]  | [ ]  |

 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 14 Oídos y problemas auditivos | S | N |
| ¿Alguna vez ha tenido una lesión en los oídos, incluyendo un tímpano perforado? | [ ]  | [ ]  |
| 15 ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas auditivos? | S | N |
| Dificultad para oír | [ ]  | [ ]  |
| Usa un audífono | [ ]  | [ ]  |
| ¿Algún otro problema de audición o de los oídos? | [ ]  | [ ]  |
| (en caso afirmativo, describa):       |  |  |
| 16 ¿Alguna vez sufrió una lesión en la espalda? | S | N |
| ¿No puede realizar las funciones del trabajo como resultado de este problema? | [ ]  | [ ]  |

 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C O N F I D E N C I A L** | Forma impresa | Nombre del paciente       | Fecha:       |

|  |
| --- |
| Cuestionario de evaluación médica de la aptitud respiratoria  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 17 ¿Tiene actualmente alguno de estos problemas musculoesqueléticos? | S | N |
| Debilidad en los brazos, manos, piernas o pies | [ ]  | [ ]  |
| Dolor de espalda | [ ]  | [ ]  |
| Dificultad para mover completamente los brazos y las piernas | [ ]  | [ ]  |
| Dolor o rigidez cuando se inclina hacia adelante o hacia atrás en la cintura | [ ]  | [ ]  |
| Dificultad para mover la cabeza hacia arriba o hacia abajo | [ ]  | [ ]  |
| Dificultad para moverse completamente de lado a lado | [ ]  | [ ]  |

 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | S | N |
| Dificultad para doblarse de rodillas | [ ]  | [ ]  |
| Dificultad para agacharse | [ ]  | [ ]  |
| ¿Escalando un tramo de escaleras o una escalera llevando más de 25 libras? | [ ]  | [ ]  |
| ¿Algún otro problema muscular o esquelético que interfiera con el uso de un respirador? | [ ]  | [ ]  |
|  ¿No puede realizar las funciones de su trabajo  como resultado de este problema? | [ ]  | [ ]  |

 |

|  |
| --- |
| ***Esta sección debe ser llenada por el Profesional de la Salud*** |
| **Parte D: Evaluación del Profesional de la Salud** |
| Basado en la revisión del Cuestionario de evaluación médica de la aptitud para el uso de respiradores OSHA, esta persona: |
| Nombre del empleado:       |
| [ ]  | Está autorizada para el uso del respirador |
| [ ]  | No está autorizada para el uso del respirador |
| [ ]  | Requiere un examen |
| [ ]  | No completó el formulario |
| [ ]  | Salida personal / autoevacuación solamente |
| Comentarios       |
| **Información del Profesional de la Salud** |
| Nombre del Profesional de la Salud (en mayúsculas):       |
| Nombre de la clínica:       |
| Dirección:       | Ciudad:       |
| Estado / Provincia:       | Código postal / zip:       | País:       |
| Firma del Profesional de la Salud:  | Fecha (mm/dd/aaaa):       |