



FORMULARIO DE EXCLUSIÓN DE PARTICIPANTES

Usted puede agregar más Participantes a excluir en el formulario que se encuentra a continuación.

Nombre del Participante

Domicilio o número telefónico del Participante

Nombre del Participante

Domicilio o número telefónico del Participante

Nombre del Participante

Domicilio o número telefónico del Participante

Nombre del Participante

Domicilio o número telefónico del Participante

Nombre del Participante

Domicilio o número telefónico del Participante

Consentimiento de la Persona
Recibido por

PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL	TESTIGO *
<p>Nombre del Paciente en Letra Imprenta: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento del Paciente: _____ <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer</p> <p>Firma del Paciente _____ Fecha _____ o del Representante Legal del Paciente</p> <p>Domicilio del Paciente _____</p> <p>Nombre del Representante Legal del Paciente en Letra Imprenta (si corresponde) _____</p> <p>Relación del Representante Legal con el Paciente (si corresponde) <input type="checkbox"/> padre o madre <input type="checkbox"/> agente al cuidado de su salud/apoderado <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> otro _____</p>	<p>* Si usted NO completa el presente formulario en la oficina de un Participante, necesita que un testigo complete la información que aparece a continuación.</p> <p>Nombre del Testigo en Letra Imprenta _____</p> <p>Firma del Testigo _____</p> <p>Relación del Testigo con el Paciente (ejemplo: cónyuge, hijo, vecino, etc.) _____</p>