

FORMULARIO DE DECLARACIÓN PERSONAL

CLÁUSULA DE PENALIZACIÓN, DECLARACIÓN DE CONFIRMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

Certifico que la información que proporcioné para completar esta solicitud es verdadera. Además, entiendo que, de acuerdo con el estatuto 817.50 en cuanto a que proporcionar información falsa para defraudar a un hospital con el propósito de obtener bienes y servicios, incluyendo medicamentos farmacéuticos, es un delito menor de segundo grado.

MR# _____

Yo, _____, declaro

Firma del Paciente/Representante

Nombre impreso del Paciente/Representante

Fecha

Otra persona / Relación

Nombre impreso de Persona

Fecha

Especialista en Inscripciones Firma

Nombre impreso del Especialista en Inscripciones

Fecha de Recepción del Formulario