

Family First Health

Forma de Declaración de Visita Inicial

De Cuenta _____

Nombre de Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Correo Electronico _____

Yo, _____ autorizo a Family First Health por
(Paciente, padre ó Guardián Legal)

medio de sus empleados a rendir servicios al paciente nombrado arriba, y garantizo pago para estos servicios médicos.

X: _____
Firma de paciente, padre, guardián legal

Fecha

X: _____
Testigo

Fecha