



Identificación de Paciente: \_\_\_\_\_

### Certificado escrito

*Por favor complete el certificado escrito a continuación como la verificación de cómo cumple con sus gastos..*

**Por favor imprimir:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_  
(mes/día/año)

Yo, \_\_\_\_\_ doy fe de que mis  
(Nombre) (Apellido)

Ingresos actuales son \$ \_\_\_\_\_  
sobre una base mensual. Afirmo que esto sea cierto estado y más  
no tengo ninguna documentación de apoyo en relación con estos ingresos por la siguiente razón(es):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma de gerente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma de director de operaciones: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

