

SPANISH

Sample Suggested Form for Physician

ACUSE DE RECIBO DE AVISO PARA PACIENTE DE OBSTETRICIA

Se me ha dado información en forma de un Folleto preparado por la Florida Birth-Related Neurological Injury Compensation Association (Asociación de Compensación por Lesión Neurológica Relacionada con el Nacimiento / NICA), de acuerdo con la Sección 766.316, Estatutos de la Florida, por (insert name of OBGYN GROUP), (el “Grupo de Médicos”), y se me ha informado que todos los médicos en el Grupo de Médicos son médicos participantes en ese programa, en el cual cierta compensación limitada está disponible en caso de que ocurran ciertos tipos de lesiones neurológicas calificadoras durante el parto, el alumbramiento o la resucitación en un hospital. Para datos específicos acerca del programa, comprendo que puedo ponerme en contacto con la Florida Birth-Related Neurological Injury Compensation Association, Post Office Box 14567, Tallahassee, Florida 32317-4567, (800) 398-2129.

Reconozco específicamente que he recibido una copia del Folleto preparado por la NICA.

FECHADO este día ____ de _____, 200__.

Firma del paciente

Nombre del paciente en letra de molde

No. del Seguro Social: _____

Attest:

(Nurse or Physician)

Date: _____

Note: This Suggested Form is to be utilized only upon the advice of the Physicians Group’s counsel. This form is not a required NICA form.