

Carta de Apoyo

Proveedor de Asistencia: _____

Señas: _____

A la Premier Radiology:

Esto es para aconsejar que (*nombre del paciente*) _____

Recibe poco o ningún ingreso y estoy ayudando con sus gastos de vida. Él / Ella tiene poca o ninguna obligación para mí.

Al firmar y hacer notarizar esta declaración, estoy de acuerdo en que la información dada es verdadera a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Representante Personal Autorizado

Fecha

Su firma debe ser atestiguada por un notario

Jurado y suscrito ante mí en la _____ día de _____ 20_____.

Notario en General

Fecha de expiración de la Comisión



Premier
Radiology

Revised 5.6.2021

www.PremierRadiology.com

Open MRI ■ MRI ■ CT ■ X-Ray ■ Ultrasound ■ Women's Services ■ Pain Services ■ Nuclear Medicine ■ Interventional Radiology