



RECIBO DE NORMA

“Norma de Tratamiento Médico-Familiar”

Por la presente hago constar que me fue entregado este documento y que el mismo fue leído por mí, entendiéndolo fuera de toda duda lo aquí expresado y con pleno conocimiento de las consecuencias que pueden surgir al incumplir el mismo.

Hoy _____ de _____ de _____ en Manatí, Puerto Rico.

Firma

Nombre del Médico (letra de molde)

Número de Licencia