
Certificación de cirujanx

Yo, _____, certifico que he examinado/evaluado a
(nombre del médico)

_____, y he discutido con el/la paciente los gastos y
(nombre del paciente)

costos asociados a una cirugía plástica de _____ así como
(tipo de cirugía a realizarse)

los arreglos de pago, depósitos y/o planes de pago disponibles para dicha cirugía.

El/la paciente ha optado por el plan de pago que se describe a continuación y ha

pagado un depósito de \$_____ en esta oficina.

Plan de Pago:

(descripción o anejo)

Yo, _____, entiendo que True Self Foundation, Inc. remitirá a esta oficina el último pago del plan cuya cantidad será revelada luego de ser escogidos/as los seleccionados/as a la beca "Be Free Fund".

Nombre del Médicx-Cirujanx

Nombre de Paciente

Firma del Médicx-Cirujanx

Firma de Paciente

Fecha: _____