

---

### 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: \_\_\_\_\_