



### Certificación de Cirujanx

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre de cirujanx), certifico que he evaluado a \_\_\_\_\_ (nombre de paciente), y he discutido los costos asociados a la cirugía de plástica de \_\_\_\_\_ (tipo de cirugía a realizarse) con un costo de \$\_\_\_\_\_, así como los arreglos de pago, depósitos y/o planes de pago disponibles para dicha cirugía.

\*Acompañe esta Certificación con el estimado oficial de dicha cirugía.

\_\_\_\_\_

Nombre de médicx cirujanx

\_\_\_\_\_

Firma de médicx cirujanx

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Nombre de paciente

\_\_\_\_\_

Firma de paciente

\_\_\_\_\_

Fecha