Certificacion de no identificacion con fotografiay/o discreccion fisica

I, _____ am _____'s
(persona que verifica la information del paciente) (nombre de las pacientes impreso aqui)

_____.
(relacion con la paciente)

SIN Identificacion con Foto (comprobar si no hay identification con foto)

_____Doy fe de la identidad del paciente. El /Ella no tiene una identification con fotografia.

Verificacion de direccion

He comprobado e inciado a continuacion su direccion actual o situacion de vivieneda:

_____Reside en la siguiente direccion:

_____
_____

El paciente no ha tenido la oportunidad de cambiar su direccion ni recibir correo en esta ubicacion y no puede proporcionar ninguna otra documentacion que verifique la preuba de residencia.

O_____Hasta donde yo se, el paciente actualmente no tiene hogar o no tiene direccion permanente.

_____ _____
(Tu Firma) (Fecha)

O_____ El paciente no tiene a nadie mayor de 18 anos que garantice su identidad o situacion de vida actual:

_____ _____
(Defebsir dek Oacubte adnbustrad ir de Casos) (Fecha)