NOTICE TO OBSTETRIC PATIENT

(See Section 766.316, Florida Statutes)

Se me ha dado información en forma de un Folleto preparado por la Florida Birth-Related Neurological Injury Compensation Association (Asociación de Compensación por Lesión Neurológica Relacionada con el Nacimiento / NICA), de acuerdo con la Sección 766.316, Estatutos de la Florida, por Women's Health Partners, LLC, y se me ha informado que todos los médicos en el Grupo de Médicos son médicos participantes en ese programa, en el cual cierta compensación limitada está disponible en caso de que ocurran ciertos tipos de lesiones neurológicas calificadoras durante el parto, el alumbramiento o la resucitación en un hospital. Para datos específicos acerca del programa, comprendo que puedo ponerme en contacto con la Florida Birth-Related Neurological Injury Compensation Association, Post Office Box 14567, Tallahassee, Florida 32317-4567, (800) 398-2129.

Reconozco específicamente que he recibido una copia del Folleto preparado por la NICA.

Fechado este día_____ de _____, 202____.

_____

Firma del paciente

_____

Nombre del paciente en letra de molde

No. del Seguro Social: _____

Atesta:

_____

Nurse or Physician

Date: _____

This form is informational only, and each person, participating physician or hospital should contact their own attorney to ensure complete compliance with Section 766.316, Florida Statutes.