



AVISO DE PACIENTE OBSTETRICO

Recibí información proporcionada por **Women's Healthcare of Kendall, LLC**, preparada por la Asociación de Compensación de Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Nacimiento de la Florida, y se me informó que Women's Healthcare of Kendall, LLC puede ser un médico participante en ese programa, en el que ciertas compensaciones limitadas están disponibles en el caso de que ocurra cierta lesión neurológica durante el trabajo de parto, el parto, o la reanimación. Para detalles específicos sobre el programa, entiendo que puedo contratar a la Asociación de Compensación de Lesiones Neurológicas **Relacionadas con el Nacimiento de la Florida (NICA)**,

PO Box 14567, Tallahassee, Florida 32317-4567, (800)398-2129.

Además, reconozco que he recibido una copia del folleto preparado por NICA.

Fecha este _____ día de _____, 20_____.

Firma del PACIENTE

(Nombre del Paciente)

Número de Seguro Social _____

Dar fe:

Médico o Enfermera: _____

Fecha: _____