

SPANISH

**Sample Suggested Form for Hospital**

ACUSE DE RECIBO DE AVISO PARA PACIENTE DE OBSTETRICIA

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 (insert name of Hospital), 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 \_\_\_\_\_, 200\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra de molde

No. del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Attest:

\_\_\_\_\_  
(Nurse or Physician)

Date: \_\_\_\_\_

Note: This Suggested Form is to be utilized only upon the advice of the Hospital's counsel. This form is not a required NICA form.