

Formulario de declaración de inhaladores para el asma

Yo, _____, atestiguo que:
(Nombre y Apellido)

Tenía a mi disposición un inhalador para el asma no caducado para todo el mes de:

_____, _____
(Mes) (Año)

Nombre del inhalador de asma: _____

Fecha de caducidad del inhalador de asma: _____

Número de Referencia de MedAssist: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Al firmar a continuación, doy fe de que la información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Nombre del paciente (en letra de molde)

Firma del paciente

Fecha de la firma