DECLARACIÓN JURADA DEL MÉDICO DE LA CLINICA DE TRATAMIENTO DEL DOLOR

ANTE MI, compareció personalmente la autoridad abajo firmante:
_____,
(Nombre del medico)

Quien después de haber prestado el juramento debido, declaró lo siguiente:

1. Estoy empleado por / bajo contrato con
_____,
(Nombre de la clínica de tratamiento del dolor)

Situada en: _____.
(*Dirección residencial)* *(Ciudad)* *(Código postal)*

2. Soy el Medico de esta clínica y comprendo que soy responsable de cumplir todos los requisitos relacionados con la inscripción y operación de la clínica según lo dispuesto por el Código de Ordenanzas del Condado de Miami-Dade.

3. Cuento con una licencia médica completa, vigente y sin impedimentos, según lo dispuesto por el Capítulo 456 o 459 de los Estatutos de la Florida y voy a ejercer mi profesión en la ubicación física de la clínica.

4. Cuento con una inscripción vigente de la Agencia Antidrogas de E.U. (DEA, sigla en inglés) y nunca se me ha revocado un número de inscripción de la DEA.

5. Nunca se me ha denegado una licencia para prescribir, dispensar o administrar una sustancia restringida, por parte de ninguna jurisdicción.

6. Nunca he sido condenado, ni me he declarado culpable o 'nolo contendere' (aunque el fallo no haya sido adjudicado), de un delito considerado delito mayor por recibir drogas ilícitas o desviadas de su lugar de destino, incluyendo cualquier sustancia restringida incluida en la Lista I, Lista II, Lista III, Lista IV o Lista V de la Sección 893.03 de los Estatutos de la Florida, o de cualquier Estado o de los Estados Unidos.
7. Estoy de acuerdo en informar a Protección al Consumidor del Condado Miami-Dade, si dejara de estar afiliado con la clínica o si dejara de ejercer en la ubicación física de esta clínica.

SIN NADA MAS QUE DECIR, EL ABAJO FIRMANTE.

_____
Firma del declarante

ESTADO DE LA FLORIDA)
) SS
CONDADO DE MIAMI-DADE)

ANTE MÍ, como funcionario debidamente autorizado a recibir declaraciones o testimonios en el Estado de la Florida, compareció personalmente,_____quien reconoció ante mí que él/ella ejecutó el instrumento legal que antecede, con los propósitos declarados en el propio instrumento, en este día _____ del mes de _____, 201_.

_____
Firma del Notario Público

_____
Escriba con letra de molde o imprima con cuño el nombre

comisionado del Notario Público

Mi comisión expira en:_____

Conocido personalmente_____ O presentó identificación_____
Tipo de identificación presentada _____