

DECLARACIÓN JURADA DEL FACULTATIVO MÉDICO DE LA CLÍNICA DE TRATAMIENTO DEL DOLOR

ANTE MÍ, compareció personalmente la autoridad abajo firmante: _____,

(Nombre del facultativo)

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. 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 antes identificada.
3. No se han tomado medidas disciplinarias en mi contra por parte del Departamento de Salud de la Florida ni por parte de otra agencia de certificación médica de cualquier otra jurisdicción.
3. Cuento con una inscripción vigente de la Agencia Antidroga de E.U. (DEA, sigla en inglés) y nunca se me ha revocado un número de inscripción de la DEA.
4. I have never had a license to prescribe, dispense, or administer a controlled substance denied by any jurisdiction.
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 de inmediato 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 _____