

## Certificación de Firma del Record Médico

**NOTA:** Este document prove un format sugerido para certificar la firma del record medico. Someter la certificación y el uso de esta forma es opcional.

<b>Nombre del Paciente:</b>	
<b>Número de Medicare:</b>	

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que la nota de oficina/progreso  
*Nombre completo del médico/proveedor en letra de molde*

en el record médico con \_\_\_\_\_ refleja correctamente mi  
*Fecha de Servicio*

firma/anotaciones que hice en mi calidad de \_\_\_\_\_ cuando traté/  
*Credenciales del médico/proveedor*

diagnostiqué al beneficiario de Medicare/paciente mencionado anteriormente.

Atestiguo por este medio que según mi conocimiento, esta información es verdadera, exacta y complete y entiendo que cualquier falsificación, omisión o encubrimiento de hecho relevante puede someterme a responsabilidad administrativa, civil o penal.

\_\_\_\_\_  
Firma del autor del record médico

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Para que Medicare considere válida su certificación de firma para propósito de evaluación médica, la certificación debe estar firmada y fechada por el autor de la nota en el record médico y debe contener suficiente información que identifique el beneficiario/paciente. Los evaluadores no considerarán certificaciones de firma que no estén relacionadas a la nota en el record médico o de otra persona que no sea el autor de la nota en cuestión (aún en casos donde dos individuos pertenecen al mismo grupo, uno no debe firmar las notas del record medico o certificaciones de firma por la otra persona).*

