

Declaracion de reconocimiento personal

Fecha: _____

Yo, _____, el firmante, soy _____

(relacion con el paciente)

de _____. He conocido a el/ella desde _____.

(paciente)

Vive en _____. Mi direccion

(direccion)

actual es _____. Yo se que

(direccion)

el/ella no tiene ninguna forma de identificacion y no tiene recursos para conseguirla en este momento. Yo doy el testimonio de que el/ella es _____.

(paciente)

Firma: _____ Fecha: _____

Me puede contactar en _____ si tiene mas preguntas.

(numero de telefono)