



1793 W. Hillsborough Ave.

Tampa, FL 33603

Ph: 813-876-7373 • Fax: 813-876-7375

PATIENT'S OATH

I, _____ hereby certify that I am attending A+ Rehab Medical Center by my own will in order to receive medical treatment. I also certify that I have not been persuaded by anyone, nor have I received any solicitation or monetary compensation whatsoever from the above named institution or any of its employees.

Witness Signature

Print Name

Date

Patient's Signature

Date

JURAMENTO DEL PACIENTE

Yo _____ certifico que estoy asistiendo a A+ Rehab Medical Center por mi propia voluntad para recibir tratamiento medico. Tambien certifico que no he sido persuadido por nadie ni he recibido o solicitado ninguna compensacion monetaria de esta institucion ni de parte de ninguno de sus empleados.

Firma de testigo

Nombre de testigo

Fecha

Firma de paciente

Fecha