

Programa de Asistencia de Medicamentos de Profilaxis Pre-Exposición (PrEP DAP)
Atestación verbal o electrónica de firma

Fecha:

Nombre y Apellido del Cliente:

Fecha de nacimiento:

Estoy de acuerdo en firmar virtualmente la solicitud PrEP DAP dando mi permiso verbal o por escrito para:

Agencia:

Nombre del personal:

Al aceptar esta firma, entiendo que prácticamente estoy firmando y presentando información y documentos que me comprometen de la misma manera que si hubiera firmado en persona. También confirmo que la información en este documento es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Al dar permiso para firmar virtualmente este documento, acepto los términos y condiciones anteriores.