

Rocking Chair Project
Formulario de Aceptación del Paciente

Ester formulario debe ser completado antes que la madre y el bebé sean dejados ir del hospital o tan pronto como sea posible después de ese evento.

Yo acepto la oferta de una silla mecedora ofrecida por _____,
(doctor)

DE _____
(programa de residencia)

y doy mi permiso para que me sea enviada a mi casa en la dirección siguiente:

CALLE: _____

CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL: _____

NUMERO DE TELEFONO (para arreglar entrega): _____

MI DOCTOR HA AGENDADO UNA VISITA A CASA EN: _____
(fecha y hora)

y entiendo que ensamblaremos juntos la silla cuando me visite.

Entiendo que se me preguntará si se pueden tomar fotos durante la visita y que se me pedirá que firme un formulario autorizando que se usen las fotos.

Entiendo que se me preguntará qué ha significado para mi el recibir la silla mecedora y que daré esta información a mi doctor al finalizar la visita a mi casa.

NOMBRE (por favor, con letra de imprenta): _____

FIRMA: _____ FECHA: _____

**Please give this form to your program's Rocking Chair Project Administrator to
place the order for the glider rocking chair**

The signed acceptance form should be kept on file at your site