



**SIGNED ACKNOWLEDGMENT
MEDICARE & CHAMPUS**

“NOTICE TO PHYSICIANS”

MEDICARE PAYMENT TO HOSPITALS IS BASED IN PART OF EACH PATIENT'S PRINCIPAL AND SECONDARY DIAGNOSES AND THE MAJOR PROCEDURES PERFORMED ON PATIENT, AS ATTESTED TO BY THE PATIENT'S ATTENDING PHYSICIAN BY VIRTUE OF HIS OR HER SIGNATURE IN THE MEDICAL RECORD, ANYONE WHO MISPRESENTS, FALSIFIES, OR CONCEALS ESSENTIAL INFORMATION REQUIRED FOR PAYMENT OF FEDERAL FUNDS, MAY BE SUBJECT TO FINE, IMPRISONMENT, OR CIVIL PENALTY UNDER APPLICABLE FEDERAL LAWS.

Yo, _____, por la presente hago constar que en el día ____ de _____ de _____ me fue entregado este documento y que el mismo fue leído por mí, entendiendo fuera de toda duda lo aquí expresado y con pleno conocimiento de las consecuencias que pueden surgir al incumplir el mismo.

Hoy _____ de _____ de _____ en _____, Puerto Rico.

Firma

Nombre del Médico (letra de molde)

Número de Licencia