

## Formulario de declaración de epinefrina/ Epinephrine Attestation Form

Yo, \_\_\_\_\_, atestigo que  
(Nombre y Apellido)

Tenía a mi disposición un autoinyector de epinefrina no caducado para todo el mes de:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Mes) (Año)

Fecha de caducidad del autoinyector de epinefrina: \_\_\_\_\_

Número de Referencia de MedAssist: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Al firmar a continuación, doy fe de que la información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma