

### Formulario de verificación de reembolso de millas (suscripción)

Complete este formulario y devuélvalo a Transdev para el reembolso de millas. Para calificar para el reembolso, su suscripción debe programarse con Transdev, asignarse a reembolso de millas y su proveedor médico debe firmar para verificar su asistencia.

Paciente Información	Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Número de identificación de Health First Colorado
<b>Información del centro médico</b>	Nombre del centro			
	Dirección, ciudad, estado y código postal del centro			
	Nombre y cargo del proveedor médico			
	Nombre y cargo del contacto			
	Teléfono de contacto	Correo electrónico del contacto		

#### Verificación de asistencia

**Con mi firma, por la presente reconozco que el paciente de Health First Colorado mencionado anteriormente fue atendido en nuestra oficina en las fechas y horas que se indican a continuación.** Certifico bajo pena de perjurio, que la información proporcionada es exacta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporcioné información falsa o intencionalmente no divulgué información, puedo estar sujeto a enjuiciamiento, penal, civil o ambos.

Fecha y hora	Nombre en letra de imprenta del personal del centro	Firma del personal del centro
Fecha y hora	Nombre en letra de imprenta del personal del centro	Firma del personal del centro
Fecha y hora	Nombre en letra de imprenta del personal del centro	Firma del personal del centro
Fecha y hora	Nombre en letra de imprenta del personal del centro	Firma del personal del centro
Fecha y hora	Nombre en letra de imprenta del personal del centro	Firma del personal del centro
Fecha y hora	Nombre en letra de imprenta del personal del centro	Firma del personal del centro

Información del conductor	Nombre del conductor	Teléfono del conductor		
	Dirección postal del conductor	Ciudad	Estado	Código postal

#### Solo para uso de Transdev

Número(s) de confirmación de viaje:	Número de tramos de viaje	Millas totales
Millas totales	Estado de aprobación / Iniciales del agente	Fecha