SPECIAL NOTICE FROM THE UNIVERSITYOF SOUTH FLORIDA
AND CAROLYN M. CAREY, M.D., P.A. d/b/a CENTER FOR PEDIATRIC NEUROSURGERY & NEUROSCIENCE

(This notice is required by law. If you have any questions or concerns, please let us know before signing)

I acknowledge that I have been given this separate written conspicuous notice by the University of South Florida/University of South Florida Board of Trustees, a public body corporate of the State of Florida ("USF") and Carolyn M. Carey, M.D., P. A., that some or all of the care and treatment I receive will or may be provided by physicians who are employees and agents of USF, and liability, if any, that may arise from that care is limited as provided by law. I acknowledge that such physicians, and USF physicians-in-training and medical students supervised by such physicians, who are employees and/or agents of USF are under the control of USF, not Carolyn M. Carey, M.D., P.A., when they render care and treatment at any medical office facilities or hospitals pursuant to the affiliation agreement between USF and Carolyn M. Carey, MD., P.A., and such USF physicians, and USF physicians-in-training and medical students supervised by such physicians, are not the employees or agents of Carolyn M. Carey, M.D., P.A... I hereby certify that I am the patient or a person who is authorized to give consent for the patient.

_____ _____

Witness **Date** **Signature of patient or authorized representative or patient** **Date**

_____

Printed name

_____

Relationship to patient

***AVISO ESPECIAL DE LA UNIVERSIDAD DE SUR DE FLORIDA* (UNIVERSITY OF SOUTH FLORIDA)**
Y LA DOCTORA CAROLYN M. CAREY, PA., d/b/a CENTER FOR PEDIATRIC NEUROSURGERY & NEUROSCIENCE

(Éste aviso es requerido por ley. Si tiene preguntas o si algo le concierne, por favor indíquelo antes de firmar.)

Doy por entendido que se me ha dado por escrito éste aviso conspicuo por la Universidad del Sur de Florida/La Junta Directiva de Síndicos de La Universidad del Sur de Florida, (University of South Florida/University of South Florida Board of Trustees), un cuerpo público estatal corporativo del estado de Florida, ("USF") y Carolyn M. Carey, M.D., P.A.. Doy por entendido que algún o todo cuidado y tratamiento que yo reciba será o puede ser suministrado por médicos quienes son empleados y/o agentes de USF. Obligaciones, si se da a caso, que pueden originarse por dicho cuidado son limitadas de acuerdo a lo que dispone la ley. Doy por entendido que tales médicos, médicos en entrenamiento de USF, y estudiantes de medicina supervisados por dichos médicos, quienes son empleados y/o agentes de USF, están bajo el control de USF, no de Carolyn M. Carey, M.D., P.A.. Esto es aplicable cuando ellos presten cuidado y tratamiento en cualquier consultorio o centro médico u hospitales según el acuerdo entre USF y Carolyn M. Carey, M.D., P.A.. Tales médicos de USF, médicos en entrenamiento y estudiantes de medicina supervisados por dichos médicos, no son los empleados o agentes de Carolyn M. Carey, M.D., P.A.. Por la presente certifico que soy paciente o persona quien está autorizada para dar consentimiento por el paciente.

_____ _____

Testigo ***Fecha*** ***Firma del paciente o del representante autorizado del paciente*** ***Fecha***

_____

Nombre en letra imprenta

_____

Relación al paciente