

ORAL FACIAL RECONSTRUCTION AND IMPLANT CENTER
PREVIO AVISO CON RESPECTO A LA ANESTESIA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha actual: _____

Este formulario es para informarle que para su mayor comodidad nuestras instalaciones ofrecen sedación adicional a la anestesia local y al firmar este formulario no se comprometiéndolo a nada. Sólo está reconociendo que fue informado de antemano y comprende los términos.

Entiendo perfectamente que si elijo a recibir ya sea Sedación intravenosa o con óxido nitroso, **no** es considerado médicamente necesario y se va a administrar únicamente por comodidad. También entiendo y acepto que mi compañía de seguros puede que no cubra el servicio administrado. También entiendo que cualquier saldo restante una vez el seguro haya pagado, será mi plena responsabilidad por el hecho de que la anestesia no se considera médicamente necesaria.

Además, entiendo que el Oral Facial Reconstruction and Implant Center esperan pago completo por adelantado por la anestesia y no aceptará ninguna reducción en el costo dado por mi compañía de seguros.

Soy consciente que se requiere un depósito de \$50.00 para programar y mantener una cita para la sedación IV. También entiendo que este depósito no es reembolsable si la cita no se cancelada o reprogramar al menos con 48 horas de antelación.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL TUTOR

NOMBRE IMPRESO

FECHA