

ORAL FACIAL RECONSTRUCTION AND IMPLANT CENTER
AVISO DE DESCARGO DE RESPONSABILIDAD - HECHOS QUE DEBE SABER SOBRE SU SEGURO

Al firmar abajo, reconozco que tengo he entendido lo siguiente:

1. Bajo la ley de la Florida, los médicos/dentistas generalmente deben llevar seguro de mala práctica, o demostrar responsabilidad financiera para cubrir posibles reclamaciones por mala práctica médica. Su médico puede haber decidido no llevar seguro de mala práctica médica. Esto está permitido bajo la ley de Florida bajo ciertas condiciones. La ley de Florida impone sanciones a los médicos no asegurados que no satisfacen juicios adversos derivados de los reclamos de mala práctica médica. Este aviso se proporciona de acuerdo a la ley de Florida.
2. Por la presente asigno a los doctores del Oral Facial Reconstruction and Implant Center cualquier beneficio bajo cualquier póliza de seguro, acuerdo de indemnización o de cualquier otra fuente colateral tal como se define en los estatutos del estado de Florida 768.76 para cualquier servicio o cargos proporcionados por los doctores del Oral Facial Reconstruction and Implant Center. Es la intención de los firmantes que esta asignación sea irrevocable y se aplicará a cualquier y todas las causas de acciones, demandas, reclamaciones y contrademandas.
3. Por la presente autorizo a mi abogado para liberar mi acuerdo de pago a los doctores del Oral Facial Reconstruction and Implant Center.
4. Muchas compañías de seguros requieren una consulta previa antes que cualquier tratamiento puede ser rendido.
5. Muchas compañías de seguros requieren autorización previa para cualquier tipo de procedimiento. Algunas compañías de seguros pueden tomar 3 a 5 semanas para este proceso.
6. **El seguro dental no necesariamente significa pagar por todo el tratamiento dental.** Muchas veces es solo una ayuda a con su factura.
7. Muchos servicios **No** son cubiertos por sus seguros y debido a muchos cambios en pólizas de seguro; ya no es tarea fácil interpretar cada póliza individualmente. Aunque tratamos de estar al tanto de estos cambios, no siempre es posible. Le proporcionaremos un estimado, pero **no se puede** garantizar con exactitud el monto de su factura final. Nos presentaremos su recibo al seguro y además intentaremos sacar el beneficio máximo que su plan le ofrece, pero usted será **responsable de todos los cargos que su seguro no pague**. Por lo tanto, le solicitamos a usted, el paciente, que por favor verifique con su compañía de seguros en relación a su cobertura. Es **su** responsabilidad conocer su cobertura individual y sus limitaciones. El fallar en cumplir con esta sugerencia podría resultar en que usted, el paciente, termine siendo responsable por todos los costos incurridos. Por favor recuerde que la póliza de seguro es entre usted y su compañía de seguros. Le animamos a leer su póliza para familiarizarse más con ella. Si usted tiene alguna pregunta sobre cuanto o con qué frecuencia su seguro va a pagar un procedimiento, usted debe comunicarse con su compañía de seguros para detalles.
8. Una vez que el procedimiento haya sido autorizado, usted recibirá una llamada de teléfono para programar la cirugía. Recuerde, su autorización sólo es buena para cierta cantidad limitada de tiempo. Por lo tanto usted debe programar la cirugía antes de que se venza el plazo.
9. Si va a tener sedación intravenosa o anestesia general, asegúrese de no haber comido o bebido nada después de la medianoche la noche antes de la cirugía. Ni siquiera agua.
10. **Cancelacion de citas** con menos de 48 horas de aviso o no si no se presenta al procedimiento, Usted **será cargado don \$50.00 inmediatamente**. Entendemos pueden ocurrir emergencias y estamos dispuesto a trabajar con usted. Hemos reservado este tiempo **sólo para usted** así que si usted necesita re-programar una cita **por favor** denos una **llamada antes de 48 horas**.
11. Si yo mismo solicito mis documentos, me será requerido a pagar a la oficina \$1.00 por copia y \$25.00 por duplicado de radiografías.
12. **Cláusula de colección de costos:** Yo estoy de acuerdo, que en caso necesario de recolectar el dinero adeudado, seré responsable de todos los costos incluyendo, pero no limitados a costos de corte, intereses y honorarios de abogados.

Del paciente (o Tutor Legal) firma

Nombre en imprenta

Fecha

Testigo

Nombre en imprenta

Fecha