



CONSENTIMIENTO DE RESPONSABILIDADES FINANCIERAS

RESPONSABILIDADES FINANCIERAS

El costo de la cirugía implica varios cargos por los servicios prestados. El total incluye los honorarios cobrados por el cirujano, el costo de los insumos quirúrgicos, la anestesia, las pruebas de laboratorio y los posibles cargos hospitalarios ambulatorios, según el lugar donde se realice la cirugía. Dependiendo de si el costo de la cirugía está cubierto por un plan de seguro, usted será responsable de los copagos, deducibles y cargos no cubiertos que sean necesarios. Los honorarios cobrados por este procedimiento no incluyen ningún costo potencial futuro por procedimientos adicionales que usted elija llevar a cabo o requiera a fin de revisar, optimizar o completar su resultado. Es posible que se produzcan costos adicionales en caso de que surjan complicaciones de la cirugía. Los cargos de cirugía secundaria o de cirugía ambulatoria hospitalaria relacionados con la cirugía de revisión también serán su responsabilidad. **Al firmar el consentimiento para esta cirugía/procedimiento, usted reconoce que ha sido informado(a) sobre los riesgos y consecuencias y acepta la responsabilidad de las decisiones clínicas que se tomaron junto con los costos financieros de todos los tratamientos futuros.**

_____ Entiendo que, en el caso de cirugía estética, soy responsable de los honorarios quirúrgicos que se me han indicado, así como de los cargos adicionales por anestesia, instalación (quirófano) y posiblemente los cargos de laboratorio, radiografía y patología.

Los centros quirúrgicos, centros ambulatorios y hospitales a menudo tienen reglas que establecen que ciertos tejidos/implantes extraídos durante la cirugía deben enviarse para su evaluación, lo que puede generar cargos adicionales. Consulte con su cirujano para recibir un estimado de los costos adicionales que se le pueden cobrar.

_____ Entiendo que habrá un cargo no reembolsable de **\$500.00** por reservar y programar mi cirugía, el cual es parte del costo general por la cirugía.

Si cancelo mi cirugía, perderé este abono. Si bien esto puede parecer un cargo por los servicios prestados, este cobro es necesario para reservar la hora en el quirófano y en la práctica, lo cual se realiza al momento de mi programación.

_____ Entiendo y acepto incondicional e irrevocablemente lo anterior.

Paciente o persona autorizada a firmar por el paciente

Fecha _____ Testigo _____