



DIVULGACIÓN DE PROPIEDAD

AVISO A LOS PACIENTES

El Centro de Cirugía Avanzada se enorgullece de tener una cantidad de médicos de calidad apostados en nuestras instalaciones. Su inversión les permite tener voz en la administración de pólizas en nuestras instalaciones. Esta participación ayuda a garantizar la más alta calidad de atención quirúrgica para nuestros pacientes. Su médico tiene un interés financiero en esta instalación.

Esta divulgación tiene como objetivo ayudarlo a tomar una decisión plenamente informada sobre su atención médica. No recibirá un trato diferente si no elige la instalación en la que su médico tiene un interés de propiedad.

Para obtener más información sobre proveedores alternativos, consulte con mi personal o conmigo. Le proporcionaremos los nombres y direcciones de los lugares que mejor se adapten a sus necesidades individuales y que estén más cerca de su hogar o lugar de trabajo.

Al firmar este documento, yo, el abajo firmante, he leído este aviso y lo entiendo completamente. Si tengo preguntas, entiendo que puedo discutir este aviso con mi médico o su equipo de trabajo. Entiendo que puedo elegir las instalaciones desde las cuales recibir mi tratamiento médico.

_____ (Firma del Paciente o Tutor)

_____ (Nombre del Paciente Impreso)

_____ (Fecha)