



Condiciones de Centro Quirúrgicos Ambulatorios sobre Cobertura del Paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de Procedimiento: _____

Certifico que he recibido por escrito la documentación de los temas siguientes, antes de la fecha de mi procedimiento previsto.

1. Responsabilidades y derechos del paciente.
2. Directrices anticipadas.
3. Declaración de Revelación

Además, entiendo que esta información es proporcionada para mi beneficio y que si tengo alguna pregunta con respecto a su contenido, debo ponerme en contacto con el Centro para una aclaración.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____