Poliza de tratamiento

Nuestra póliza de tratamiento es la siguiente para asegurarnos que tenga la mejor experiencia quirúrgica posible y esté completamente informado a lo largo de nuestra relación.

- Se debe realizar un deposito **no reembolsable de $1,000** cuando se selecciona una fecha de cirugía. Para procedimientos menores, el pago completo debe realizarse en el momento de reservar fecha.

- Lamentablemente, **no aceptamos** cheques personales como forma de pago. Lamentamos cualquier inconveniente que esto pueda ocasionar. Aceptamos cheques de cajero o cualquier cheque emitido por una institución financiera.

- La reprogramación de cualquier procedimiento genera una tarifa de reprogramación de $500. Si reprograma dentro de el periodo de dos (2) semanas previas a su procedimiento se aplicará una tarifa de reprogramación de $1,000.

- Debe finalizar el pago final de su cirugía dos (2) semanas antes de la fecha programada. Si no se recibe el pago, su cirugía está sujeta a cancelación.

- Una vez recibido el pago final y tras cancelación en el transcurso de dos (2) semanas a su fecha programada el 25% de la tarifa no será reembolsable. Tras cancelación el mismo día de cirugía, por motivos fuera de alcancé del paciente, los reembolsos se pueden emitir a discreción de el gerente de la práctica.

- Si requeridos, es responsabilidad del paciente realizarse exámenes pre-quirúrgicos tres (3) meses antes de su fecha programada o cuando se le indique. El paciente debe asegurarse que sus estudios se reciban para evitar la cancelación de su cirugía.

- Los medicamentos recetados y todos los exámenes pre-quirúrgicos son **costos adicionales.** Algunos pacientes pueden requerir patología o radiología, estos costos NO están cubiertos por **IDEAL PLASTIC SURGERY** y son responsabilidad del paciente.

- Si se le indica que pierda peso para realizar una cirugía segura y obtener resultados satisfactorios, usted reconoce que al no perder el peso sugerido está comprometiendo su salud y sus resultados. Si no se alcanza el objetivo de peso los procedimientos pueden cancelarse o reprogramarse a discreción de su cirujano. Se aplicarán cargos por cancelación y reprogramación.

- Reconozco que si fumo, debo suspender el consumo de tabaco y el uso de productos que contengan nicotina seis (6) semanas antes de mi cirugía y cuatro (4) semanas después. Entiendo que corro un mayor riesgo de sufrir complicaciones quirúrgicas significativas como la muerte de tejido, retraso en la cicatrización y cicatrización adicional si no suspendo el uso de nicotina.

- Reconozco que las pruebas de nicotina se realizan de forma rutinaria el día de cirugía. Si doy positivo, **IDEAL PLASTIC SURGERY** se reserva el derecho de cancelar mi procedimiento. No se otorgan reembolsos en este caso.

- Entiendo que aunque **se esperan buenos resultados,** no hay garantía expresa o implícita sobre los resultados que se puedan obtener. Es importante que todos los pacientes que deseen someterse a una cirugía electiva tengan expectativas realistas que se centren en la mejoría en lugar de la perfección. Las complicaciones o los resultados menos que satisfactorios a veces son inevitables y pueden requerir cirugía adicional.

- Puede ser necesario divulgar su información de salud protegida a entidades financieras, entidades de tarjetas de crédito, bancos y compañías financieras, cuando así lo soliciten, para facilitar su pago. Los servicios que se realizan y se pagan con tarjeta de crédito, tarjeta de débito o financiamiento de un tercero no son elegibles para impugnaciones de pago después de que se presten los servicios. Al firmar, doy mi consentimiento irrevocable para permitir el uso y la divulgación de mi información médica protegida a cualquier entidad de tarjeta de crédito, banco o compañía financiera cuando soliciten dicha información para procesar una cuenta y ayudar con el pago.

- IDEAL PLASTIC SURGERY es una práctica privada, por lo tanto, cualquier servicio o procedimiento realizado aquí no puede ser procesado a través de un seguro; no proporcionaremos una facturación detallada ni nos involucraremos en ningún reclamo de seguro.

- Al firmar, certifico que he divulgado mi historial médico y quirúrgico a mi mejor entendimiento.

Rutinariamente, usamos imágenes de pacientes, no identificadas, de forma rutinaria con fines de marketing y no se otorga ninguna compensación financiera a los pacientes por este fin.

*He leído y entiendo la póliza de tratamiento proporcionada por **IDEAL PLASTIC SURGERY** y acepto la responsabilidad del pago de cualquier tarifa asociada con mi atención para CUALQUIER procedimiento que me llegue a realizar en esta clínica.*

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____