



Brandon Ambulatory Surgery Center

Notificación a nuestros pacientes

Pacientes Queridos:

La información incluida está siendo suministrada a cada paciente que tiene acceso a nuestro centro de cirugía.

Requieren que nosotros proveamos de usted de la información atada tanto escrito como verbalmente.

Por favor lea el siguiente con cuidado e indique con su firma que usted ha sido a condición de que esta información el día indiccated.

1. He repasado y entiendo los derechos pacientes y responsabilidades asociadas con mi visita al Centro de Cirugía Brandon Ambulatorio.
2. Entiendo que si actualmente he avanzado directivves ellos serán suspendidos para el período de tiempo que soy tratado en el centro. Si requiero el cuidado adicional en el hospital mis directrices de avance serán en efecto para aquel cuidado. **USTED DEBE TRAER UNA COPIA DE SU DIRECTRIZ DE AVANCE CON USTED DURANTE EL DÍA DE SU PROCEDIMIENTO.** Si no tengo directrices avanzadas me han ofrecido la información para crear mi propia directriz de avance.
3. Entiendo que mi Doctor _____ es un dueño y tiene un interés financiero al Centro de Cirugía. Si esto es marcado N/A mi médico no tiene un interés al Centro.

Firma de Paciente

Fecha: (date al paciente recibido)

Firma de Partido Responsable

Relación a paciente

Documento Importante

****Please se acuerdan de traer esto con usted durante su día de cirugía.
O fax: 813-571-7099 de la oficina o a casa***

¡Gracias de antemano por hacernos su abastecedor de opción!