

Formulario modelo: Renuncia a todo reclamo

Por y en consideración del pago que recibí en este momento por la suma de _____(coloque aquí la suma en dólares)_____, cuya recepción reconozco por este medio, yo, _____(coloque aquí el nombre del paciente)_____, siendo mayor de edad, por el presente documento libero, eximo y exonero para siempre a _____(coloque aquí el nombre del dentista)_____, y a todas las demás personas, firmas y corporaciones que pudieran ser responsables de cualquier acción, derecho de acción, reclamo, demanda, daño, costo, pérdida de servicios, gasto y compensación, como consecuencia de, o que se originen de algún modo a partir de, cualquier daño o lesiones conocidas y desconocidas que surjan o puedan surgir de cualquiera de los tratamientos proporcionados durante el período desde el _____(coloque aquí la fecha de inicio del tratamiento)_____ hasta el _____(coloque aquí la última fecha del tratamiento)_____ inclusive.

Yo, _____(coloque aquí el nombre del paciente)_____, por el presente documento declaro y certifico que las lesiones sufridas son permanentes y progresivas, que la recuperación de allí en adelante es incierta e indeterminada, y al hacer esta renuncia y este acuerdo, se entiende y se acuerda que confío enteramente en mi propio juicio, creencia y conocimiento de la naturaleza, el alcance y la duración de las lesiones mencionadas, y que no fui influenciado, de ningún modo, para hacer esta renuncia por ninguna manifestación o declaración respecto de las lesiones mencionadas, o respecto de cualquier otro asunto, hecha por las personas, las firmas o las corporaciones eximidas en el presente documento, o por cualquier persona o personas que actúen en representación de él, ella o ellos, o por ningún médico o cirujano empleado por él, ella o ellos.

También entiendo y acepto que este acuerdo es la conciliación de una disputa, y que el pago no debe interpretarse como un reconocimiento de responsabilidad por parte de _____(coloque aquí el nombre del dentista)_____ o de los empleados o los contratistas independientes de _____(coloque aquí el nombre del dentista y del consultorio)_____ cuya responsabilidad se niega expresamente.

También acepto y acuerdo por el presente documento **indemnizar y liberar de responsabilidad** a todas las partes eximidas en este documento de cualquier reclamo, demanda, acción y derecho de acción de cualquier naturaleza o carácter que, en adelante, se alegue por cualquier persona, entidad, organización, firma, proveedor de salud, corporación, compañía de seguros, como resultado del incidente mencionado arriba, y acepto **indemnizar y liberar de responsabilidad a dichas** partes eximidas de cualquier demanda, acción y derecho de acción de un reclamo de contribución o indemnización que pueda ser alegado en adelante por cualquier persona, firma, proveedor de salud, entidad, organización, compañía de seguros o corporación contra las partes eximidas en este documento, y como resultado del incidente mencionado arriba.

También acepto mantener de manera confidencial los términos de este acuerdo y los hechos correspondientes a este asunto. Este acuerdo no debe ser revelado a ningún tercero en este momento ni a futuro, excepto que así lo exija la ley.

Esta renuncia constituye la totalidad del acuerdo entre las partes mencionadas en este documento, y los términos de este acuerdo son contractuales, y no meramente descriptivos.

También declaro que he leído atentamente la renuncia precedente y conozco el contenido incluido en ella, y que firmo este documento como un acto de voluntad propia.

Firma del paciente

Estado de _____ Condado de _____

En este día, ante mí, la autoridad que suscribe, compareció (nombre del paciente), a quien conozco como la persona que suscribe el instrumento precedente y quien reconoció ante mí que él o ella firmó este instrumento conforme a los propósitos y consideraciones expresados en él.

Se expide con mi firma y sello notarial el día _____ de _____ de 20_____.

Escribano público en y para el estado de _____