

Formulario modelo: Descargo de reembolso/exención de pago

A cambio del pago o de la exención de pago que reconozco haber recibido en este momento por la suma de _____(coloque aquí la suma en dólares)_____, 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 o entidades involucradas, y a sus sucesores, cesionarios y administradores, de toda responsabilidad que surja a partir de cualquier lesión o daño conocido o desconocido como resultado del tratamiento proporcionado durante el siguiente periodo 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)_____, entiendo y acepto que confío en mi propio juicio, creencia y conocimiento de la naturaleza, alcance y duración de cualquiera de las lesiones que pueda tener, y que mi decisión de aceptar este descargo no fue influenciada, de ningún modo, por ninguna manifestación o declaración respecto de estas lesiones, o respecto de cualquier otro asunto, hecha por _____(coloque aquí el nombre del dentista)_____ o por cualquier otra persona, entidad, representante o empleado involucrado.

Entiendo y acepto que este acuerdo es la conciliación de una disputa y que el pago o la exención de 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.

Acepto indemnizar y liberar de responsabilidad a todas las partes eximidas y a sus sucesores, cesionarios y administradores de cualquier reclamo, demanda o indemnización de cualquier naturaleza o carácter que pueda ser presentado en el futuro por cualquier persona o entidad como resultado del tratamiento proporcionado durante las fechas indicadas más arriba.

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

Acepto que este descargo constituye la resolución total y definitiva de la disputa entre las partes y que los términos de este descargo son contractuales y ejecutables.

He leído atentamente el descargo precedente y entiendo el contenido incluido en él, y firmo este documento como un acto de voluntad propia.

Firma: _____ Fecha: _____
Paciente

Firma: _____ Fecha: _____
Testigo