

# Cirugía oral Reconocimiento del la condición de contratista independiente

Patient Name \_\_\_\_\_

Chart Number \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Este documento tiene el propósito de notificarle que su cirujano oral no es empleado ni agente de esta oficina. Su firma al pie significa que usted entiende y acepta que su cirujano oral es un contratista independiente. Asimismo, dicha firma también significa que usted entiende que los servicios recibidos de su cirujano oral pueden ser recibidos en cualquier instalación y que Dental Group no será responsable de las acciones de su cirujano oral ni de los servicios brindados por el mismo. El servicio de facturación o cualquier otro servicio realizado en nombre del cirujano oral son realizados como una atención.

## RECONOCIDO Y ACEPTADO

Patient Full Name (Print) \_\_\_\_\_

Patient Signature \_\_\_\_\_

Witness Name (Print) \_\_\_\_\_