

Consentimiento del Paciente para Tratamiento Cartistem

Información del Paciente			
No. Hospital	<i>A ser completado por hospital</i>	Fecha de Nacimiento	<i>AAAA-MM-DD</i>
Nombre		Apellido	
Sexo		Nacionalidad	
Teléfono		Celular	
Email			
Dirección			

En adelante se referirá al paciente arriba descrito, al Catholic Kwandong University International St. Mary's Hospital, y a Zemyna Corporation Inc. como "El Paciente", "ISH" y "Zemyna" respectivamente.

1. El Paciente acuerda que, si bien ISH proporcionará los procedimientos médicos al Paciente, todos los recibos y facturación relacionados con el tratamiento Cartistem y otros procedimientos ortopédicos simultáneos que se realicen, serán provistos por Zemyna y no por ISH. En consecuencia, el Paciente acuerda que no solicitará a ISH, y que ISH no proporcionará al Paciente, ninguna información o facturas del costo del tratamiento principal u otros tratamientos relacionados, considerando que el Paciente ha prepagado a Zemyna dichos procedimientos. Para cualquier otro tratamiento o servicios que proporcione ISH (como estadía extendida en el hospital o procedimientos de emergencia) las facturas serán proporcionadas al Paciente por ISH, por lo que Zemyna no estará involucrada con dicha facturación. El Paciente directamente o a través de su Seguro medico será responsable por el pago de dichas facturas.

2. El Paciente tendrá seguimiento médico por parte de ISH y/o Zemyna para asegurar su recuperación adecuada luego del tratamiento Cartistem. El Paciente acuerda seguir las instrucciones y solicitudes de ISH de forma oportuna y estricta según lo que ISH considere necesario para supervisar adecuadamente la recuperación del Paciente

3. El Paciente al firmar este Acuerdo, acepta de forma irrevocable, completa e incondicional, y autoriza a ISH a recolectar, revisar y compartir la información personal y la historia médica del Paciente con Zemyna para fines del tratamiento incluyendo, pero sin limitarse a, la determinación de elegibilidad del Paciente y métodos de tratamiento, así como los gastos médicos relacionados con el mismo

4. El Paciente acuerda y acepta que Zemyna y sus asociados, instituciones financieras, asesores y agentes no serán responsables por reclamos del Paciente que surjan como resultado directo del tratamiento médico proporcionado por ISH al Paciente.

5. En caso de presentarse una disputa o conflicto entre el Paciente e ISH en relación con el tratamiento médico realizado por ISH, el Paciente acuerda en primera instancia llegar a un acuerdo amigable con ISH. Si dicho acuerdo amigable no es posible, acuerda acudir al Korea Medical Dispute Mediation and Arbitration Agency (Agencia de Mediación y Arbitraje de Disputas Médicas de Corea del Sur) de acuerdo con la leyes correspondientes y aplicables de Corea del Sur.

CONFIRMO QUE HE LEIDO ESTE DOCUMENTO, ENTIENDO SU CONTENIDO Y HE RECIBIDO UNA COPIA DEL MISMO. CONFIRMO ADEMÁS QUE SOY EL PACIENTE, O LA PERSONA DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE PARA FIRMAR ESTE ACUERDO, DOY MI CONSENTIMIENTO Y ACEPTO SUS TERMINOS.

Nombre del Paciente	Firma	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> Fecha aaa/mm/dd
Nombre del Testigo	Firma	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> Fecha aaaa/mm/dd