



ACUERDO DE SEGURIDAD POSQUIRÚRGICA

Los profesionales y el personal de MoZaic Care se enorgullecen de optimizar la atención de la paciente y la recuperación después de la cirugía. Para este fin, requerimos que los pacientes tengan el apoyo y las adaptaciones adecuadas después de la operación.

Por lo tanto, se requiere este acuerdo de seguridad entre el paciente y MoZaic Care (MC) antes de que podamos realizar la cirugía.

Comprendo que puedo recibir tratamiento en MC siempre que esté de acuerdo con lo siguiente:

1. Tengo un amigo/familiar/persona de apoyo clínico que me llevará a casa, me cuidará y atenderá mis necesidades básicas después de la cirugía, lo que incluye, entre otras cosas, el transporte y la asistencia con las actividades de la vida diaria y los cambios de vendajes.
2. Doy fe de que mi amigo/familiar/persona de apoyo clínico puede ayudarme física y mentalmente durante mi período de recuperación después de la cirugía.
3. **Pacientes de vaginoplastia: entiendo que debo permanecer en el área de la bahía 3 semanas después de la cirugía para mis citas posquirúrgicas. También entiendo que mi médico querrá verme a los 3, 6, 9 y 12 meses después de mi cirugía.**
4. Entiendo que notificaré a MoZaic Care mediante correo electrónico, llamada telefónica, mensaje de texto o en persona si tengo alguna inquietud médica o quirúrgica posterior a la cirugía de manera oportuna.
5. Entiendo que recibiré instrucciones posquirúrgicas en múltiples formas (electrónicas, verbales o escritas) y afirmo que las revisaré y que abordaré cualquier inquietud con mi médico antes de mi cirugía.
6. Entiendo que recibiré nuevos medicamentos después de la cirugía y sé que debo comunicarme con mi proveedor si tengo alguna reacción adversa.

El incumplimiento de lo indicado dará lugar a la cancelación de la cirugía.

Nombre e información de contacto del cuidador/conductor:

Nombre del cuidador/conductor:

Relación con la paciente: Número de teléfono:

Al firmar a continuación, usted acepta cumplir con las políticas descritas anteriormente.

Firma de la paciente: Fecha:

Nombre de la paciente: