

Consentimiento para Examen y Tratamiento

1. Por este medio autorizo al doctor Fidel Delgadillo, D.D.S. o el equipo dental hará un examen oral a mí o a mi hijo(a) y proveerá el tratamiento dental necesario basado en los hallazgos del dentista. El tratamiento dental puede incluir limpieza, fluoruro, sellantes, radiografías, fotografías, arreglo de caries, extracciones, pulpotomías y cualquier otro material de diagnóstico que el médico considere apropiado para realizar un diagnóstico de las necesidades dentales del paciente (nombre del paciente)_____.
2. Tras dicho diagnóstico, autorizo al doctor o el equipo a realizar todo el tratamiento recomendado mutuamente acordado por mí y a emplear la asistencia necesaria para proporcionar la atención adecuada.
3. Estoy de acuerdo con el uso de anestésicos, sedantes y otros medicamentos según sea necesario. Entiendo completamente que el uso de agentes anestésicos implica ciertos riesgos. Entiendo que puedo pedir un recital completo de cualquier posible complicación.
4. Por último, aceptó ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o de mis dependientes. Entiendo que el pago es debido en el momento del servicio a menos que se hayan hecho otros arreglos. En caso de que los pagos no se reciban por las fechas acordadas, entiendo que se puede agregar un cargo por retraso a mi cuenta

Nombre del Paciente Imprima _____

Firma _____ Fecha _____

Paciente o la persona responsable _____