

ALAMEDA DENTAL GROUP

CONSENTIMIENTO

Yo _____, Doy consentimiento a Alameda Dental Group para que me tomen radiografias y me hagan una examinacion dental. Tambien entiendo y doy consentimiento para lo siguiente:

1.- Durante le curso del tratamiento, puedo ser sometido a todas las fases de odontologia incluyendo terapia periodontal (tratamiento de encias), cirugia oral (extracciones/implantes), endodoncia (trata mineto de nervio) , dientes fijos o removibles (puentes,places,parciales, implantes, etc.), anestecia general o local, pruebas de laboratorio, pediatria, radiografias, etc.

2.- Yo proveere la informacion correcta de mi salud, medicamentos y drogas que uso, y doy concentimiento al Dentista para que se comuniqué con mi proveedor de salud en cualquier aspecto de mi historial medico.

3.- No hay garantia hacerca de los tratamientos, restauraciones o el tiempo que estas dilataran, esto dependera de mi cuidado dental en casa.

4.- Yo soy responsable de pagar cualquier costo de mi tratamiento o co-pago de acuerdo con las polizas de financiamiento de la oficina. Tambien entiendo que aun se me explique un pre-estimado de mi aseguranza yo soy responsable por cualquier costo que la aseguranza no cubra.

5.- Mi plan de tratamiento puede cambiar en cualquier momento , Yo estare dispuesto a confrontar mi cuidado dental con optimismo y con una comunicacion abierta con mi dentista y/o el personal.

6.- Yo soy bienvenido a preguntar cualquier aspecto de mi cuidado dental, y requerire mayor explicacion si estoy confundio o no entiendo algo. Yo soy responsable de pedir que se me aclare cualquier aspecto relacionado con mi tratamiento dental.

Firma del paciente o guardian legal

Fecha