



Consentimiento Para Recibir Tratamiento

Poliza de Cancelacion de citas:

Habr  un cargo cobrado si su cita es cancelada dentro de las primeras 24 horas antes de la cita.

Autorizaci3n:

Si alguna vez tengo un cambio en mi salud, voy a informar a la oficina, en mi siguiente cita con el dentista sin falta.

Por la presente certifico que he leído y comprendido la informaci3n anterior y que es correcta y verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Reconozco que proporcionar informaci3n incorrecta o inexacta tiene el potencial de ser peligroso para mi salud. Al mejor de mi conocimiento, toda la informaci3n anterior es verdadera y correcta.

Estoy de acuerdo con el uso de anestésicos, sedantes y otros medicamentos cuando sea necesario. Entiendo perfectamente que el uso de agentes anestésicos tienen ciertos riesgos. Yo entiendo que puedo pedir una narracion completa de cualquier posible complicaci3n.

Yo autorizo al dentista a divulgar cualquier informaci3n, incluyendo el diagn3stico y registros de tratamiento o examen para mí y para mis dependientes a las compa as de terceros partidos, pagadores de seguros y profesionales de la salud. Yo autorizo el pago de mi compa a de seguros para el pago directamente al dentista o clínica dental para aplicarse directamente a cualquier saldo pendiente en mi cuenta.

Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo pendiente por los servicios prestados que no est n totalmente cubiertos por el seguro, y me puede cobrar por el saldo restante. Doy mi consentimiento y estoy de acuerdo en ser financieramente responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre de mis dependientes.

Nombre de Paciente : _____

Firma del Paciente (o si es menor de edad) Firma del Padre o Tutor:

Relacion al Paciente: _____

Fecha _____