

Consentimiento para revision Dental

Evaluacion de Salud Oral-Examen, Rayos X, Profilaxis(limpieza)

Patient Name: _____ Patient ID Number: _____

Date: _____

Autorizo a Adriana Clark, DDS a realizar examen oral, radiografías necesarias y limpieza basica para valorar la salud oral del paciente mencionado arriba. Una vez que el examen es realizado la Dr. Adriana Clark revisará el resultado y discutirá las conclusiones clínicas con el paciente. El paciente tendra la oportunidad de hacer preguntas con respecto a la información que la Dr. Adriana Clark proporcione luego del examen.

En caso de no aceptar el tratamiento dental propuesto, no ejecutare ninguna accion en contra de la Dr. Adriana Clark.

Patient Name: _____ Date: _____

He explicado la causa, riesgos, complicaciones, beneficios, y las alternativas del tratamiento dental, así como los riesgos y las consecuencias de no continuar con el tratamiento propuesto. He contestado las preguntas del paciente, y creo que el paciente/guardián a comprendido completamente mis respuestas y explicaciones.

Dentist Name: _____ Date: _____