

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO GENERAL



Fecha de Hoy:

Apellido:

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

1. Examen y radiografías:

Entiendo que la visita inicial puede requerir radiografías o fotos para completar el examen, el diagnóstico y el plan de tratamiento. Además, puede incluir limpieza, fluoruro y/o sellantes.

Iniciales:

2. Medicamentos:

Me han informado y entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas que causan enrojecimiento, hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos y / o shock anafiláctico (reacción alérgica grave). Entiendo que la falta de tomar los medicamentos recetados para mí de la manera prescrita puede ofrecer riesgos de infección continuada o agravada, dolor y resistencia potencial al tratamiento de efecto de mi condición.

Iniciales:

3. Cambios en el plan de tratamiento:

Entiendo que durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones encontradas mientras se trabaja en los dientes que no se descubrieron durante el examen, el más común es la caries adicionales en el diente adyacente. Doy mi permiso al dentista para hacer, cualquiera o todos los cambios y adiciones según sea necesario.

Iniciales:

Firma del Paciente, o Tutor Legal

Por favor escriba el nombre del paciente, ó tutor Legal

Relación con el patientet: