

## CONSENTIMIENTO

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

1.P 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 remobibles (puentes,places,parciales, implantes, etc.), anestecia general o local, pruebas de laboratorio, pediatria, radiografias, etc.

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

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

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

5.P 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.P 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