

Forma Paciente Del Consentimiento

Consentimiento General:

Entiendo que la información que he proporcionado hoy está correcta y al mejor de mi conocimiento. También entiendo que es mi responsabilidad informar Laredo Covenant Dental, P.A. de cualquier información referente mi salud o condición física y mental que pueden ser revelant a mi cuidado e informar a cualquier cambio en cualquier estado médico.

Autorizo a personal dental a realizar cualquier servicio dental necesario, tal como radiografías, impresiones, modelos del estudio, las fotografías, o cualesquiera otras ayudas de diagnóstico juzgadas apropiadas por el doctor hacer una diagnosis completa. También autorizo al doctor (y a su/o su empleado para la ayuda cuando es aplicable) a realizar cualesquiera y todas las formas de tratamiento, de medicación y de terapia con mi consentimiento informado en la conexión con mi diagnosis y tratamiento planean.

Acuerdo Financiero:

Aunque llevo seguro dental, entiendo que soy personalmente responsable del pago para los servicios rendidos. Es mi comprensión que el pago es debido a la hora de servicio, a menos que se hayan tomado otras medidas financieras. En caso que mi portador de seguro pague menos que el honorario propuesto, soy completamente responsable del equilibrio sin pagar.

He leído y entiendo las condiciones antedichas y consiento voluntariamente al cuidado y al acuerdo financiero en Laredo Covenant Dental, P. A.

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Testigo: _____