

1. Yo autorizo al médico o al personal designado a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías y cualquier otra ayuda diagnóstica que el médico considere apropiada para hacer un diagnóstico a través del tratamiento dental.
2. Tras dicho diagnóstico, autorizo al médico a realizar todo el tratamiento recomendado mutuamente acordado por mí y a emplear la asistencia necesaria para proporcionar la atención adecuada.
3. Presto mi consentimiento para el uso de sedantes, según sea necesario y aconsejable para lograr una sedación moderada. Entiendo que la sedación moderada puede representar un cierto riesgo, aunque se administre cuidadosamente. Asimismo, entiendo que los pacientes no deben conducir, operar equipos ni tomar bebidas alcohólicas durante por lo menos 24 horas después de la administración de sedantes.
4. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o de mis dependientes. Entiendo que el pago es debido en el momento del servicio a menos que se hayan hecho otros arreglos. En caso de que los pagos no se reciban antes de las fechas acordadas entiendo que 1.5% de recargos se puede añadir a mi cuenta.
5. Consiento que el consultorio dental use mi número de teléfono celular para llamar o enviar un mensaje de texto con respecto a las citas y para llamar con respecto al tratamiento, seguro, y mi cuenta. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Mi número de celular es _____. Otras reglas federales y estatales rigen el telemarketing y los mensajes de correo electrónico comerciales. Un resumen de estas leyes está disponible en el sitio web de la oficina del fiscal general: oag.ca.gov/privacy/privacy-laws.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____ Testigo: _____

Padre o Tutor: _____ Relación con el Paciente: _____

**RECONOCIMIENTO DE LA RECEPCIÓN DEL AVISO
DE HIPPA DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Yo, _____ eh recibido una copia del aviso HIPPA
de esta Oficina sobre prácticas de privacidad

Firma: _____ Fecha: _____

**RECONOCIMIENTO DE LA RECEPCION DEL AVISO
DE LA HOJA INFORMATIVA DE MATERIALES DENTALES**

Yo, _____ eh recibido una copia de la hoja informativa de
Materiales Dentales con la fecha de Octubre 2001

Firma: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO GENERAL