

GEMINI DENTAL

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTOS DENTALES

Yo doy mi autorizacion y consentimiento para cualquier tratamiento o procedimiento dental y para la aplicacion de anestesia si el doctor lo considerara necesario para el diagnostic y/o tratamiento dental. Firmando esta autorizacion y consentimiento, entiendo que de acuerdo a la ley todo esto sera comprendido:

A: Que la accion de mi dentista en obtener este consentimiento fue de acuerdo con los estatutos para practicas medicas y dentales o practicas del mismo rango en diferentes estados. De acuerdo con la informacion dada por mi dentista entiendo que bajo estas circunstancias tengo al menos un entendimiento general de los procedimientos dentales o tratamientos alternativos y de cualquier riesgo substancial en ellos.

B: Que considerando todas las circunstancias anteriores, debo proseguir con los tratamientos o procedimientos aconsejados y explicados por el dentista.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Paciente