Baker Victory Dental Center

Consentimiento para Procedimiento

de Tratamiento Dental y Anestesia

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Por este medio autorizo que los asociados de Baker Victory Dental Center (dentistas, higienistas) efectúen tratamiento dental de rutina y/o anestesia y que efectúen cualquier otra actividad que según su juicio profesional sea necesaria durante dicho tratamiento.

2. Se me ha informado el propósito del tratamiento y los beneficios o complicaciones posibles (debido a causas tanto conocidas como desconocidas), malestares afines y riesgos que pudieran suceder, así como las alternativas posibles al tratamiento propuesto, incluyendo no llevarlo a cabo. También se estudiaron los riesgos afines en cuanto a no llevar a cabo el tratamiento. Se me permitió hacer preguntas y todas han sido contestadas completa y satisfactoriamente.

3. Comprendo que durante el curso del tratamiento, podrían suceder condiciones imprevistas que obliguen al uso de actividades diferentes a las contempladas. Por lo tanto doy el consentimiento para la realización de actividades adicionales que el dentista o sus asociados pudieran considerar necesarias.

4. Reconozco que no se me ha dado garantía alguna con respecto a los resultados deseados debido a la intervención.

5. Confirmo que he leído, o me han leído, lo anterior en su totalidad, que lo he comprendido y que antes de poner mi firma se han llenado todos los espacios en blanco.

Paciente o tutor legal alterno (si el paciente es menor de 18 años de edad o no puede firmar):

_____	_____	_____
Firma	Nombre en letra de molde	Fecha

Relación o parentesco (si está firmado por una persona que no es el paciente):
_____

Certificación por el dentista:

Por este medio certifico que expliqué la naturaleza, propósito, beneficios y riesgos de los procedimientos propuestos, así como las alternativas (incluyendo no efectuar el tratamiento y los riesgos afines). Ofrecí contestar cualquier pregunta y contesté completamente las que se me hicieron. Creo que el paciente/pariente/guardián legal comprende perfectamente lo que le expliqué y contesté.

_____	_____	_____
Firma	Nombre en letra de molde	Fecha

EL GUARDIÁN LEGAL DE LA PERSONA DEBE FIRMAR ESTE FORMULARIO