



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EN ODONTOLOGÍA GENERAL

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Representante del Equipo Dental: \_\_\_\_\_

Bienvenido a nuestra oficina. Agradecemos la confianza que ha depositado en nosotros para ofrecer su cuidado dental.

Entiendo odontología no es una ciencia exacta y no hay ninguna garantía de resultados específicos. Para los mejores resultados, es imperativo que yo trabaje junto con el equipo dental. Esto significa que me esforzaré por mantener todas las citas y llegar a tiempo. Cooperación y participación es indispensable para el resultado deseado.

Tengo entendido que el equipo dental le recomendará procedimientos. El equipo dental hará su mejor para asegurarme de que yo entiendo su cuidado y plan. Si yo no entiendo nada de el tratamiento o el plan, voy a discutirlo con el equipo dental. Entiendo si no cumplo con mi parte del acuerdo, siguiendo los consejos del equipo dental, voy a estar obstaculizando los resultados de mi tratamiento.

Yo entiendo que si yo siento que hay cambios en mi **condición** o síntomas aparecen entre las visitas programadas, yo debo notificar a la oficina inmediatamente.

Firma Del Paciente: \_\_\_\_\_

Firm De Representante Del Equipo Dental: \_\_\_\_\_