

Consentimiento por Tratamiento Dental – Hijo(a)

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba tratamiento, educación, y otros servicios dentales. Autorizo la administración de anestésicos, conforme se considere necesario, y el uso de rayos x orales durante el tratamiento. Yo recibiré instrucciones acerca de los beneficios y riesgos de los procedimientos necesarios, y tendré la oportunidad de discutir y aprobar el tratamiento recomendado. Confirmando que no he recibido garantías o promesas relacionadas con los resultados del tratamiento o de los procedimientos.

Acepto la responsabilidad de ayudar a mi hijo(a) a mantener higiene oral y de seguir las instrucciones para antes y después de cada cirugía oral, asistir a todas las citas en el día y hora apropiados, proveer información válida y actualizada, y alertar a esta oficina con cualquier cosa que pueda afectar negativamente el tratamiento.

Tengo el derecho de retirar este consentimiento en cualquier momento. Sigo siendo responsable por cualquier saldo pendiente y por cualquier complicación producida por haber interrumpido el tratamiento.

Nombre del Responsable: _____ Firma _____ Fecha _____

Me rehúso o retiro mi consentimiento por tratamiento dental.

Nombre del Responsable: _____ Firma _____ Fecha _____

Resumen del Aviso de Prácticas de Privacidad

Nuestras prácticas cumplen con la actualización de la ley aprobada en el 2013

Summit Dental Health mantiene información de todos los pacientes. Se nos requiere por ley mantener privada la información de salud hijo(a), legalmente protegida, y de proveerle un aviso de nuestra responsabilidad legal y prácticas de privacidad en relación con la información de su hijo(a), cuando usted lo requiera. Usted también puede encontrar el Aviso en nuestra página de Internet. Ese aviso es una explicación detallada de cómo podríamos usar la información de salud de su hijo(a), legalmente protegida, y de sus derechos para inspeccionar y corregir la información de su hijo(a). Se nos requiere por ley, y por nuestro propio código ético, mantener la información de su hijo(a) privada, y de seguir las prácticas indicadas en este aviso. Nuestras prácticas de privacidad cumplen con la actualización de la ley aprobada en el 2013

He tenido toda la oportunidad necesaria de leer y considerar el contenido de las prácticas de privacidad de esta oficina. Entiendo que estoy dando mi permiso para usar y divulgar la información de salud de mi hijo(a), legalmente protegida, para usarla en tratamiento, cobros, y operaciones para el cuidado de la salud de mi hijo(a). También entiendo que yo puedo revocar o modificar este permiso.

Nombre: _____ Firma _____ Fecha _____

Para uso de la oficina solamente

Nos esforzamos por obtener en forma escrita el acuse de recibo de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero el acuse de recibo no se pudo obtener por la siguiente razón:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> El individuo se rehusó a firmar | <input type="checkbox"/> Una situación de emergencia nos imposibilitó obtenerlo. |
| <input type="checkbox"/> Hubieron barreras de comunicación que hicieron imposible obtenerlo | <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____ |