

Nuevo paciente el consentimiento para el tratamiento

1. Autorizo por este medio el Doctor o personal designado para tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías y otros medios de diagnóstico se considere apropiado por el médico para hacer un diagnóstico profundo de (nombre del paciente) _____ necesario.
2. El momento del diagnóstico, autorizo al médico para realizar todo el tratamiento recomendado de mutuo acuerdo por y para emplear la asistencia que requiere para proporcionar el cuidado adecuado.
3. Estoy de acuerdo con el uso de anestésicos, sedantes y otros medicamentos cuando sea necesario. Comprendo perfectamente que el uso de agentes anestésicos encarna ciertos riesgos. Entiendo que puedo pedir un decreto completo picofaradio cualquier complicación posible.
4. Doy el consentimiento de los médicos o el uso del personal designado y la divulgación de cualquier forma oral, escrita, o los registros electrónicos de salud que son individualmente identificables como la mía con el propósito o la realización de mi tratamiento, pago y manejo del cuidado de la salud. Entiendo que sólo la cantidad mínima de información necesaria para brindar atención de calidad será usada o divulgada y que un anuncio totalmente delineando la protección de mi información personal de salud está disponible.
5. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios en mi nombre o dependientes. Entiendo que el pago es debido en el momento de servicio a menos que otros arreglos se han hecho. Si aseguranza presentada por mí, estoy de acuerdo en pagar la cantidad de seguro no cubre el plazo de 30 días.

Firma del Paciente (padre o tutor)

Fecha

Firma del testigo

Fecha