



reception@schmittprosthodontics.com

CONSENTIMIENTO PARA
EXAMEN DENTAL

LIMITED TO PROSTHODONTICS
the restoration & replacement of teeth

www.schmittprosthodontics.com

Yo, _____, doy mi consentimiento para ser paciente en el consultorio mencionado anteriormente y acepto un examen clínico y radiográfico. Entiendo y doy mi consentimiento a lo siguiente:

- Durante el curso del tratamiento, puedo someterme a procedimientos en todas las fases de la odontología, incluida periodoncia (tratamiento y cirugía de las encías), cirugía oral, prótesis fijas y removibles (coronas, puentes, carillas, dentaduras postizas, parciales), implantología, odontología restauradora, temporomandibular, tratamiento de trastornos, tratamiento de la apnea del sueño, patología bucal y radiografía.
- Proporcionaré un historial médico minucioso y completo, proporcionaré una lista completa de mis medicamentos que incluya las dosis y daré mi consentimiento al Dr. Schmitt/Dr. Ramos para comunicarme con mis otros médicos y odontólogos para consultar sobre cualquier aspecto de mi historial de salud.
- No se pueden ofrecer garantías sobre los resultados del tratamiento, la longevidad de la restauración o el pronóstico. Entiendo que cualquier rama de la medicina, incluida la odontología, puede implicar resultados imprevistos.
- Pagaré en su totalidad cualquier costo del tratamiento de acuerdo con la política financiera de la oficina. Entiendo que el consultorio no participa, no tiene contrato ni trabaja de ninguna manera con un seguro dental. Si elijo presentar un reclamo de reembolso, este proceso será mi responsabilidad.
- Mi plan de tratamiento puede cambiar en cualquier momento, si el Dr. Schmitt/Dr. Ramos lo considero necesario y en mi mejor interés para lograr resultados óptimos de salud. Si es necesario realizar cambios, el Dr. Schmitt/Dr. Ramos conversará conmigo y responderá todas y cada una de las preguntas que pueda tener.
- Si tengo alguna pregunta o inquietud sobre algún aspecto de mi cuidado dental, si me siento confundido o necesito más información, es mi responsabilidad pedir aclaraciones sobre cualquier tratamiento sobre el que tenga dudas.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL PERSONAL: _____ FECHA: _____