



**STOVALL  
DENTAL**

1504 Wayne Memorial Drive, Goldsboro, NC 27530 919735-3431  
200 North Leslie Street, Goldsboro, NC 27530 919581-9300

## Consentimiento para su tratamiento

1. Yo autorizo a los doctores y al personal autorizado a tomar radiografías, moldes, fotografías, y otros estudios que sean necesarios para el diagnóstico de mis necesidades dentales.
2. Después de mi diagnóstico mi doctor me presentara el tratamiento necesario y las opciones que necesito. Yo autorizo a que realicen el tratamiento que se me ha recomendaron y de mutuo acuerdo lo he aprobado con mi firma. También estoy de acuerdo en cumplir con lo que sea necesario para un buen cuidado dental, incluyendo mantener mis citas y visitas regulares, seguidas de las citas recomendadas por mi doctor.
3. Estoy de acuerdo con el uso de anestesia, sedantes y otros medicamentos necesarios. Entiendo que hay ciertos riesgos con el uso de anestesia. También entiendo que puedo preguntar por la descripción de cualquier complicaciones o riesgos que puedan causar.
4. Estoy de acuerdo que soy el/la responsable del pago de mis servicios o el de mis dependientes. Entiendo que los pagos son al momento que se hacen los servicios; al menos que previamente se haya hecho una arreglo de pagos. Los reclamos de la aseguranza serán enviados como cortesía, sin embargo nosotros estimamos los beneficios de su aseguranza pero solo es una **ESTIMACIÓN** y no es garantizada. También entiendo que cualquier balance que la aseguranza ha negado yo soy responsable por el pago.
5. Yo entiendo que mi historial médico es necesario para proveer un cuidado dental seguro y eficiente. Me han contestado todas mis preguntas. Si es necesario alguna información ustedes obtendrán mi permiso para preguntar a mi médico de cabecera, quien les enviará toda la información necesaria, y yo informaré a la oficina cualquier cambio en mi historial médico y/o condiciones médicas.
6. Como es requerido por HIPAA me han dado la oportunidad de leer las noticias de privacidad que se practican en esta oficina, al firmar esta forma de consentimiento estoy de acuerdo y entiendo como mi información médica será compartida, entiendo que puedo obtener una copia de dichas prácticas en esta oficina en cualquier momento.
7. Estoy de acuerdo que tomen fotografías, videos, radiografías. Y que algún otro miembro del staff observe los procedimientos realizados para la avance de la profesión dental y/o testimonios.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_