

**Consentimiento por Tratamiento Dental**

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*

Stonehaven Dental mantiene información de todos los pacientes. Se nos requiere por ley mantener privada su información de salud, legalmente protegida, y de proveerle un aviso de nuestra responsabilidad legal y prácticas de privacidad en relación con su información, 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 su información de salud, legalmente protegida, y de sus derechos para inspeccionar y corregir su información. Se nos requiere por ley, y por nuestro propio código ético, mantener su información 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 mi información de salud, legalmente protegida, para usarla en mi tratamiento, cobros, y operaciones para el cuidado de mi salud. También entiendo que yo puedo revocar o modificar este permiso.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Para uso de la oficina solamente**

We attempted to obtain written acknowledgment of receipt of our Notice of Privacy Practices, but could not obtain acknowledgment because:

- El individuo se rehusó a firmar
- Una situación de emergencia nos imposibilitó obtenerlo.
- Hubieron barreras de comunicación que hicieron imposible obtenerlo
- Otro (Especifique) \_\_\_\_\_