



**Bienvenido a nuestra oficina.
Gracias por tomar el tiempo
para darnos la siguiente
información confidencial.**

CONSENTIMIENTO

Comprendo que la terapia del tratamiento de conducto es un procedimiento para retener un diente, que a lo contrario requiera extracción. Aunque la terapia del tratamiento de conducto cuenta con un alto nivel de éxito clínico, este aún es un procedimiento biológico, por lo tanto no puede ser garantizado.

Ocasionalmente, un diente el cual a tenido terapia de tratamiento de conducto, podría requerir re-tratamiento, cirugía, o hasta una extracción.

También comprendo que solo el tratamiento de conducto se llevará a cabo en esta oficina. La restauración permanente (relleno, sobrepuesta, corona) se llevará a cabo por mi Dentista regular.

También acepto responsabilidad total para el pago de servicios y estoy de acuerdo a pagar por estos, en su totalidad, en o antes de su término.

Autorizo a mi compañía de Seguro a que expida los pagos de beneficios directamente a esta oficina y también autorizo la expedición de la información necesaria para procesar todas las solicitudes de reclamo de la aseguanza.

Entiendo que el pago de los servicios es mi responsabilidad y no el de la compañía de aseguanza y todos los saldos sin pagar están sujetos al cargo mínimo de servicio permitido bajo la ley.

Firma del Paciente/Tutor Legal

Fecha

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Actualización del Historial de Salud: _____

Firma

Fecha