

SCARSDALE DENTAL SPA
DAVID M. GREENE, D.M.D., P.C.

700 White Plains Rd. Suite 20
Scarsdale, NY 10583
(914) 713-2424

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO:

Este consentimiento informado y autorización se le otorga al Dr. _____ después de haber recibido primero una explicación completa del tratamiento propuesto, el tratamiento alternativo y los riesgos del mismo. De acuerdo con mis síntomas y el examen completo que he recibido, se me ha informado que tengo la siguiente condición:

TRATAMIENTO:

Por la presente autorizo y doy mi consentimiento para los siguientes procedimientos:

TRATAMIENTO ALTERNATIVO::

Se me ha informado que existe un tratamiento alternativo, que puede incluir, entre otros:

Sin embargo, he elegido tratar mi afección mediante el tratamiento propuesto en lugar de cualquier tratamiento alternativo.

RIESGOS DEL TRATAMIENTO:

Entiendo que ciertos riesgos están involucrados con este tratamiento como consecuencia de cualquier procedimiento y debido a las variaciones de cada individuo. Estos pueden ser, entre otros:

COMENTARIOS ADICIONALES:

Al firmar a continuación, confirmo que he leído este documento, entiendo la información presentada y que todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

Paciente: _____ Fecha: _____

(O persona autorizada para dar su consentimiento en nombre del paciente)

Médico: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____