

# CONSENTIMIENTO GENERAL

## SECCION A. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

## SECCION B. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Yo doy autoridad y solicito la obra de servicios dental y cualquier procedimiento que Dr. James J. Hur DDS determine necesario para él tratamiento. Entiendo que el Dr. James Hur para él tratamiento. Entiendo que el Dr. James Hur y él asistente cual el designe a mi tratamiento usara hábitos clínicos para el paciente, y manejo de técnicas cual son razonable, necesarias, y conveniente. Yo doy autoridad a la administración de anestesia y analgésico cual sea propio para el Dr. James Hur DDS.

Entiendo de que cualquier plan de tratamiento presentado en conjunto con el presupuesto de cuenta, podría cambiar dependiendo en él tiempo que pase desde el examen y extensión dental patología. Ocasionalmente, a un tiempo que el plan de tratamiento a sido iniciado complicaciones pueden surgir. Cual dicta tratamientos y procedimientos adicional Dr. James J. Hur y sus asociados me mantendrán al tanto de cualquier cambio.

En el evento de que el Dr. James J. Hur o algún miembro de su equipo sea expuesto a mi sangre o fluidos del cuerpo. Yo estaré de acuerdo de una prueba de sangre para prueba del virus Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV) y el virus inmune deficiencia humana (HIV). Entiendo de que esto se hará en una manera confidencial, y será disponible solamente ala persona cual fue expuesto, y esa persona será avisada de mis derechos respecto a mi protección de salud.

## SECCION C. RESPONSABILIDAD FINANCIERO

Estoy de acuerdo de la responsabilidad de los pagos y todo, cargos de servicios dental. Si por alguna razón la compañía de seguro no paga su porción de presupuesto. En él evento de que mi cuenta sea puesta en una agencia de colección -o- procurador. Yo pagare cualquier impuesto a esta acción.

## SECCION D. CONSENTIMIENTO DE USO Y DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Se me a ofrecido una copia cual e tenido la oportunidad de leer su nota de Practicas de Aislamiento. Esta nota provee una descripción de nuestro, tratamiento, actividades de pagos, y operaciones del cuidado de salud. De esta información nos ayuda a proteger su información de salud, y otros asuntos relacionados con su salud.

Entiendo que firmando esta forma de consentimiento. Estoy dando consentimiento al uso de mi información protegida de salud, como se describe en la nota de Prácticas privadas, llevando acabo tratamiento, actividades de pago, y operaciones de cuidado de salud.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si el paciente es menor de edad, o si este consentimiento es firmado por un representante personal a favor del paciente favor de completar lo siguiente. :**

Firma de Padres, Guardián, -o- Representante Personal: \_\_\_\_\_

Imprenté Nombre de Padres, Guardián Representante Personal: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE CONCENTIMIENTO DESPUES DE QUE USTED LO FIRME.**