

Dustin V. Goodwin, DDS, PC
75 East 1400 South
Garland, UT 84312
(435) 257-7016

RECONOCIMIENTO DE HISTORIA DE SALUD Y CONSENTIMIENTO PARA PROCEDER CON TRATAMIENTO

Por favor, inicie cada declaración a continuación para indicar que ha leído la información:

_____ Certifico que las respuestas a las preguntas sobre el historial de salud que completé son precisas y correctas a mi leal saber y entender. Dado que un cambio de afección médica o medicamentos puede afectar el tratamiento dental, entiendo la importancia y acepto notificar al dentista sobre cualquier cambio en cualquier cita posterior.

_____ Autorizo al Dr. Dustin V. Goodwin y / o higienistas y asistentes que él designe para realizar los procedimientos que se consideren necesarios o aconsejables para mantener mi salud dental o la salud dental de cualquier menor u otra persona de la que tenga responsabilidad , incluida la disposición y / o administración de cualquier sedante (incluido óxido nitroso), analgésico, terapéutico y / u otros agentes farmacéuticos, incluidos los relacionados con tratamientos restaurativos, paliativos, terapéuticos, profilácticos o quirúrgicos.

_____ Autorizo al Dr. Dustin V. Goodwin y / o higienistas y asistentes, ya que puede designarlos para realizar los procedimientos que se consideren necesarios o aconsejables para mantener mi salud dental o la salud dental de cualquier menor u otra persona de la que tenga responsabilidad , incluida la disposición y / o administración de cualquier sedante (incluido óxido nitroso), analgésico, terapéutico y / u otros agentes farmacéuticos, incluidos los relacionados con tratamientos restaurativos, paliativos, terapéuticos, profilácticos o quirúrgicos.

_____ Entiendo que la administración de anestesia local puede causar una reacción o efectos secundarios, que pueden incluir, entre otros, hematomas, hematoma, estimulación cardíaca, entumecimiento temporal o raramente, entumecimiento permanente y dolor muscular. Entiendo que ocasionalmente las agujas se rompen, y pueden requerir la recuperación quirúrgica.

_____ Entiendo que, como parte del tratamiento dental, que incluye procedimientos preventivos como limpiezas y odontología básica, que incluyen empastes, endodoncias y restauraciones de todo tipo, los dientes pueden permanecer sensibles o incluso bastante dolorosos durante y / o después del tratamiento.

_____ Autorizo al Dr. Dustin V. Goodwin y / o higienistas y asistentes, ya que puede designarlos para realizar los procedimientos que se consideren necesarios o aconsejables para mantener mi salud dental o la salud dental de cualquier menor u otra persona de la que tenga responsabilidad , incluida la disposición y / o administración de cualquier sedante (incluido óxido nitroso), analgésico, terapéutico y / u otros agentes farmacéuticos, incluidos los relacionados con tratamientos restaurativos, paliativos, terapéuticos, profilácticos o quirúrgicos.

_____ Entiendo que la administración de anestesia local puede causar una reacción o efectos secundarios, que pueden incluir, entre otros, hematomas, hematoma, estimulación cardíaca, entumecimiento temporal o raramente, entumecimiento permanente y dolor muscular. Entiendo que ocasionalmente las agujas se rompen, y pueden requerir la recuperación quirúrgica.

_____ Entiendo que, como parte del tratamiento dental, que incluye procedimientos preventivos como limpiezas y odontología básica, que incluyen empastes, endodoncias y restauraciones de todo tipo, los dientes pueden permanecer sensibles o incluso bastante dolorosos durante y / o después del tratamiento.

_____ Asumo voluntariamente todos y cada uno de los posibles riesgos, incluido el riesgo de daños sustanciales y graves, si los hay, que pueden estar asociados con el tratamiento preventivo y quirúrgico general con la esperanza de obtener los posibles resultados deseados, que pueden o no lograrse, para mi beneficio o el beneficio de mi hijo menor o pupilo. Reconozco que la naturaleza y el propósito de los procedimientos anteriores me han sido explicados si es necesario, y me han dado la oportunidad de hacer preguntas.

Nombre del paciente

Nombre de la persona responsable

Firma de la persona responsable

Fecha

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO

Me han informado sobre las prácticas de privacidad vigentes en esta oficina, y se me ha brindado la oportunidad de revisarlas y obtener una copia de ellas.

Nombre del paciente: _____

Nombre de la persona responsable: _____

Firma de la persona responsable: _____

Fecha: _____