**Consentimiento para Tratamiento**

Por la presente, autorizo ​​al personal y a los dentistas de WNC Dental, Westmoreland, O'Kane and Associates a realizar todos los exámenes y tratamientos dentales indicados y acordados que se me hayan presentado. Se me ha proporcionado información adecuada, de una manera que puedo entender, para tomar una decisión segura y bien informada con respecto a mi tratamiento propuesto. Además, entiendo que puedo hacer cualquier pregunta que desee, antes, durante y después de mis tratamientos.

Soy consciente de que la odontología (como la medicina) no es una ciencia exacta y reconozco que no se han hecho garantías en cuanto al resultado de ningún examen, procedimiento o tratamiento. Además, reconozco que tales exámenes, procedimientos o tratamientos pueden tener consecuencias imprevistas o inesperadas que pueden resultar en resultados menos que ideales, incluidas complicaciones que producen un aumento del dolor, discapacidad, pérdida de función, morbilidad y mortalidad.

Además, entiendo que, de conformidad con los procedimientos de OSHA (Administración de salud y seguridad ocupacional) federal, en caso de exposición al dentista, al personal o al paciente a sangre u otro material potencialmente infeccioso, se considerará que las partes involucradas han dado su consentimiento a las pruebas de patógenos infecciosos que incluyen, entre otros, el VIH y la hepatitis, y se recomendará el seguimiento adecuado.

Entendiendo los beneficios y riesgos razonables de los tratamientos propuestos, por la presente elijo dar mi consentimiento para el tratamiento y liberar a WNC Dental, Westmoreland, O'Kane y asociados de cualquier responsabilidad injustificada y renuncio a todos y cada uno de los reclamos injustificados actuales o futuros contra WNC Dental, Westmoreland, O'Kane and Associates sobre mis tratamientos dentales.

**Firma del paciente (o tutor) Nombre en letra de imprenta Fecha**

Para padres/tutores: ¿Desea autorizar a cualquier otro adulto a participar en el tratamiento de su hijo?

**O No O Sí** En caso afirmativo, autorizo ​​a la(s) persona(s) adulta(s) mencionada(s) a continuación a traer a mi hijo menor

**Escriba el nombre del niño**: a las citas dentales y tengo la autoridad para compartir la información de salud protegida de mi hijo y otorgarles permisos para modificar los planes de tratamiento según sea necesario (actuar en mi nombre). Los menores de edad solo serán vistos si están acompañados por sus padres, tutores legales o la persona adulta autorizada que se detalla a continuación:

**Autorizo ​​a (nombre**):

**Firma del paciente (o tutor) Nombre en letra de imprenta Fecha**