Formulario de consentimiento

Clínica dental

Nombre del negocio

DETALLES DEL PACIENTE

Nombre completo

Número de teléfono

Correo electrónico

Fecha de nacimiento

CONFIRMO QUE

- ☐ He respondido con precisión a las preguntas médicas y reportaré cualquier cambio.
- ☐ El dentista explicó el tratamiento propuesto, las alternativas, los riesgos y el costo.
- ☐ Acepto la anestesia local cuando sea necesario.
- ☐ Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes del tratamiento.

Acepto que el negocio conserve la información de este formulario para prestar el servicio y durante el tiempo que la ley requiera. Puedo solicitar ver, corregir o eliminar mis datos en cualquier momento.

Firma del paciente

Firma del especialista

Fecha

Plantilla de agendessa.com. Un punto de partida, no es asesoramiento legal o médico.