

Smile Garden Odontología Pediátrica se enorgullece de ser la elección de su familia como su hogar dental. Somos una práctica centrada en el paciente con el objetivo de ayudar a nuestros pacientes a vivir vidas felices y saludables.

Mantenemos esta política para brindar a cada niño la más alta calidad de atención de manera oportuna.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Permiso para comunicarse con el médico del niño**

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi autorización a Smile Garden Odontología Pediátrica para enviar información sobre la atención y el estado dental de mi hijo(a)/mis hijos(as) al médico de atención primaria que se indica a continuación. Asimismo, autorizo a Smile Garden Odontología Pediátrica a enviar una copia de las radiografías (rayos X) al médico de atención primaria que se indica a continuación.

\_\_\_\_\_  
Médico de atención primaria/pediatra

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono de oficina

**Permiso para permitir que amigos y familiares acompañen al niño y consentimiento para el cuidado dental**

Al firmar a continuación, doy permiso a la(s) persona(s) mencionada(s) en la tabla siguiente para acompañar a mi/hijos a sus citas dentales, actuar en mi nombre y dar su consentimiento para cualquier tratamiento dental o diagnóstico. También doy permiso para que las siguientes personas reciban información privada de salud sobre mi hijo o hijos en relación con el tratamiento, las condiciones dentales y el historial médico relacionado con la visita al dentista. Además, entiendo que quien traiga a mi hijo o hijos a su cita será responsable del pago en el momento en que se presten los servicios. Entiendo que este formulario es legalmente vinculante y que puedo revocar mi autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito para cambiar, añadir o terminar.

Fecha	Nombre de la familia/amigo	Relación con el paciente	Iniciales del Guardián	Teléfono #

**Permiso de CONSENTIMIENTO INFORMADO para la fotografía:**

SÍ  NO Doy permiso al Dr. Patel y al personal de Smile Garden Odontología Pediátrica para tomar y utilizar fotografías de mis hijos con fines educativos, lo que puede incluir envíos en publicaciones, páginas web, folletos y otras redes sociales.

**Política de la oficina respecto a las citas programadas:**

- Entiendo que si llego 10 minutos o más tarde a una cita, puede que me reprogramen.
- Entiendo que una solicitud de cancelación entregada con menos de 48 horas de antelación se considerará una cita incumplida.
- Entiendo que si tengo 3 citas incumplidas, me darán de baja como paciente de la consulta.
- Entiendo que las citas programadas para anestesia general deben cancelarse o reprogramarse con dos semanas de antelación.
- Entiendo que debo obtener un examen de historia y reconocimiento (H&P) del pediatra de mi hijo antes de una cita programada con anestesia general.
- Entiendo que faltar a una cita programada de anestesia general sin una excusa médica válida resultará en el despido de esta consulta.
- Entiendo que si me despiden de esta consulta, recibiré una carta certificada de despido en mi domicilio y que recibiré solo 30 días de atención de emergencia.

Firma del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_