

**PERSONA QUE SE DEBE CONTACTAR
QUE NO SEA DE LA FAMILIA INMEDIATA
EN CASOS DE EMERGENCIA.**
*PERSON TO CONTACT OUTSIDE
OF IMMEDIATE FAMILY IN CASE
OF EMERGENCY*

Nombre _____
Name
Núm. De teléfono _____
Telephone
Dirección _____
Address *Calle(Street)*

Ciudad Estado Código Postal
City *State* *ZIP*

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

El abajo firmante por la presente autoriza a Apple Valley Dental & Orthodontics (AVDO) a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías, o cualquier otras ayudas diagnósticas creídas apropiadas por ellos para hacer un diagnostico completo de las necesidades dentales del paciente. Yo también autorizo AVDO a realizar cualquier y todas formas de tratamiento, medicamento y terapia que puedan ser indicadas. Comprendo que el uso de agentes anestésicos envuelve un cierto riesgo. Permitiré que se tomen fotografías de la boca de mi niño o la cara para propósitos diagnósticos y educativos. Comprendo que tratamiento dental para niños incluye esfuerzos para guiar su conducta ayudandolos a entender el tratamiento apropiado para su edad de desarrollo. AVDO tratará de proporcionar un ambiente que ayude a su niño a que coopere durante el tratamiento dental. Yo también autorizo pago directamente a la Oficina Dental del seguro del grupo que me beneficia de otro modo pagadero a mí. Comprendo que soy responsable de todo costo de tratamiento dental y pago de la deuda contraída al mismo tiempo de los servicios dentales recibidos a menos que arreglos financieros se hayan efectuado. Comprendo que si se requiere financiamiento, reportes de agencias de crédito pueden ser obtenidos. Yo por la presente autorizo OrthoBanc, LLC, a favor de AVDO, para recibir una copia de mi reporte de crédito de una de las agencias de crédito, con el propósito de considerar y adquirir opciones de pago. (NOTA: Obtener una investigación de crédito de OrthoBanc *no altera* el puntaje de crédito del partido responsable de ninguna manera.) Certifico que la información dada en esta forma es exacta.

CONSENT FOR DENTAL TREATMENT

The undersigned hereby authorizes Apple Valley Dental & Orthodontics (AVDO) to take X-rays, study models, photographs, or any other diagnostic aids deemed appropriate by them to make a thorough diagnosis of the patient's dental needs. I also authorize AVDO to perform any and all forms of treatment, medication and therapy that may be indicated. I understand the use of anesthetic agents embodies a certain risk. I will allow photographs to be taken of my child's mouth or face for diagnostic and educational purposes. I understand that dental treatment for children includes efforts to guide their behavior by helping them understand the treatment appropriate for their developmental age. AVDO will provide an environment likely to help children cooperate during treatment. I also authorize payment directly to the Dental Office of the group insurance benefits otherwise payable to me. I understand that I am responsible for all cost of dental treatment and payment is due and payable at the time services are rendered unless financial arrangements have been made. I understand that if financing is required, credit-bureau reports may be obtained. I hereby authorize OrthoBanc, LLC, on behalf of AVDO, to obtain a copy of my credit report from a credit reporting agency for the purpose of considering payment options. (NOTE: *Obtaining an OrthoBanc credit recommendation does not alter the responsible party's credit score in any way.*) I certify the information given on this form is accurate.

FIRMA DE LA PARTE RESPONSABLE

SIGNATURE OF RESPONSIBLE PARTY

_____/_____
Firma Núm. De Seguro Social Fecha
Signature *Social Security #* *Date*