

FULL DENTAL
Consentimiento Dental
Para Liberación de Radiografías

Yo _____ estoy de acuerdo que si solicito copias de mis radiografías habrá un cargo.

Los cargos son los siguientes:

- **Panorámica: \$100.00**
- **Boca completa: \$50.00**
- **Individual: \$10.00**
(1 Periopical)
- **Básica: \$40.00**
(2 Periopicales, 4 Aletas de mordida)

Todos las Radiografías originales son propiedad del doctor. Como paciente, tiene derecho a una copia de cualquiera de las radiografías que se le hayan tomado. Esto también aplica a los pacientes que están asegurados. Su seguro paga para que le hagan este servicio, no para que conserve los originales.

Como su oficina Dental nos esforzamos por mantenerlo al tanto de las tarifas o los cargos que se realizan en el tratamiento.

Al firmar certifico que he leído y entiendo la información anterior y que cualquier pregunta relacionada con estas políticas ha sido discutida.

Firma de Persona Responsable

Fecha