



Sebastian Bouroncle DDS

1900 Opitz Blvd, Ste C, Woodbridge, VA 22191
450 Garrisonville Rd, Ste 201, Stafford, VA 22554
11111 Leavells Rd, Fredericksburg, VA 22407

www.virginianewsmiles.com

CONSENTIMIENTO PARA RADIOGRAFIAS

El estándar de atención en nuestra oficina incluye el uso de radiografías dentales (rayos X). El tipo más común de radiografías que tomaremos son radiografías de boca completa o radiografías panorámicas y aletas de mordida, esas radiografías son útiles para evaluar tanto la mandíbula superior como la inferior y ayudan a diagnosticar lo siguiente:

- Consideraciones de ortodoncia.
- Afecciones periodontales (enfermedad de las encías y los huesos).
- Defectos y tumores malignos de los huesos y la mandíbula.
- Evaluación de las muelas del juicio.
- Evaluación de salud de dientes, raíces, coronas, puentes e implantes.
- Abscesos (infecciones) dentro del hueso asociado con los dientes o de otra manera.

Estas radiografías generalmente son parte de sus citas normales de higiene/examen dental y son necesarias para brindar el nivel de diagnóstico y atención por el que nos esforzamos. En el momento de su cita, nuestro personal le notificará si debe realizarse una radiografía. Si tiene preguntas o inquietudes, no dude en preguntar a cualquiera de los miembros de nuestro personal. Lo valoramos como paciente y nos enorgullece brindarle una atención dental óptima.

Firma del Paciente Padre o Tutor _____

Fecha _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO - HIPAA

La Declaración de prácticas de privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información médica protegida que pueden ocurrir en mi tratamiento, pago de servicios o en el desempeño de las operaciones de atención médica de la oficina y también describe mis derechos y las responsabilidades y deberes de esta oficina. con respecto a mi información de salud protegida. La Declaración de Prácticas de Privacidad también está publicada en las instalaciones y una copia está disponible si la solicito.

El Dr. Sebastian Bouroncle se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en la Declaración de Prácticas de Privacidad. Si las prácticas de privacidad cambian, también puedo obtener una Declaración de Prácticas de Privacidad revisada solicitando que me la envíen por correo.

AUTORIZACIÓN ADICIONAL:

Además de las divulgaciones permitidas descritas en la Declaración de Prácticas de Privacidad, por la presente autorizo específicamente la divulgación de mi información médica protegida a las personas indicadas a continuación:

CUALQUIER MIEMBRO DE MI FAMILIAR INMEDIATO _____ **SI** _____ **NO** _____
OTRO (Por favor especifique) _____ **SÍ** _____ **NO** _____

ACEPTO RECIBIR COMUNICACIONES VÍA EMAIL Y/O MENSAJES DE TEXTO?

SÍ _____ **NO** _____

Nombre del Paciente/ Tutor

Firma del Paciente/ Tutor

Fecha



Sebastián Bouroncle DDS
1900 Opitz Blvd, Ste C, Woodbridge, VA 22191
450 Garisonville Rd, Ste 201, Stafford, VA 22554
11111 Leavells Rd, Fredericksburg, VA 22407
www.virginianewsmiles.com

NEGACIÓN A LA TOMA DE RADIOGRAFÍAS

(SÓLO SI USTED SE NIEGA A QUE SE LE TOME UNA RADIOGRAFÍA)

Entiendo la política de radiografías como parte de la consulta dental.

En este momento, elijo rechazar las radiografías que me recomendaron. Entiendo que, al elegir, mis condiciones de salud dental/bucal no pueden ser completamente evaluadas y diagnosticadas. Esto puede poner en peligro mi salud dental/bucal, así como mi salud en general. Entendiendo esto, no responsabilizo al Dr. Sebastián Bouroncle ni a ninguno de los miembros de su personal por los problemas que puedan pasar desapercibidos como resultado de esta decisión.

Nombre del Paciente/ Tutor

Firma del Paciente/ Tutor

Fecha