

## Reconocimiento de Autorizacion Informada de Creekside Dental

He Jefdo y entendido la informacion en el formulario de autorizacion,  
Entiendo que las riesgos y complicaciones que figuran no estan todos incluidos, y  
se me han contestado todas las preguntas a mi plena comprension y satisfaccion.

Tratamiento	Diente/Dientes
<input type="checkbox"/> Rayos X	
<input type="checkbox"/> Limpieza/ Tratamiento Peri-iodontal	
<input type="checkbox"/> Anestesico	
<input type="checkbox"/> Rellenos	
<input type="checkbox"/> Tratamiento de conducto y Pulpotomia	
<input type="checkbox"/> Corona y Puente	
<input type="checkbox"/> Extraccion	
<input type="checkbox"/> Implante	
<input type="checkbox"/> Ortodoncia	
<input type="checkbox"/> Injerto Gingival	

Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_