

ACUERDO DE PACIENTE NUEVO

Estoy enfocado en crear una experiencia segura, cómoda y divertida para tu hijo(a), ofreciendo siempre una atención de calidad. Por favor lee atentamente los siguientes términos y condiciones antes de sumarte a nuestra clínica:

1. Entiendo que, en cuanto representante legal del paciente, deberé permanecer junto a mi hijo en el box dental durante todas sus atenciones. Ahora bien, pueden traer al paciente y actuar como sus representantes, todas aquellas personas señaladas más abajo por el representante legal.
2. Entiendo que en caso de querer cancelar o reagendar una cita previamente agendada, debo hacerlo dando aviso a la clínica con al menos **24 horas** de anticipación.
3. Entiendo que, en caso de no confirmar la cita, la clínica tendrá derecho a ofrecer mi hora a otros pacientes en lista de espera. Así, de presentarme en la clínica sin haber confirmado la cita, quedará a la disponibilidad del doctor si mi hijo(a) es atendido.
4. Entiendo que yo soy el responsable de notificar a la clínica cualquier cambio en mi correo electrónico, número de teléfono y domicilio.

Al firmar este acuerdo de paciente nuevo, entiendo y acepto sus términos y condiciones, y me comprometo a cumplirlos a cabalidad.

Representante Legal:

Nombre _____

RUT _____

Firma _____

Fecha _____

Permiso de consentimiento a otras personas cuidadoras del menor

Por favor llenar abajo los nombres de las otras personas que pueden traer a tu hijo(a) a las citas dentales. Por favor tener presente que, al nombrarlos abajo, estás permitiendo:

- Que el doctor y la clínica le entreguen información acerca del cuidado y tratamiento de tu hijo(a); y
- Que firmen y aprueben tratamientos dentales de rutina que el doctor pueda requerir, incluidos exámenes, radiografías, profilaxis, fluoración.

Nombre completo	Relación con el paciente	Celular	E-mail