



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Le doy mi consentimiento a Axis Community Health para brindarme servicios dentales:

Firma: _____

Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____

Reconozco que he recibido de Axis Community Health una copia de la Hoja Informativa del Material Dental.

Firma del paciente/familiar responsable: _____

Fecha: _____