**Formulario de Consentimiento para Radiografias Dentales**

Las radiografías dentales permiten al ortodoncista diagnosticar y tratar condiciones que no se pueden detectar durante un examen clínico.

Habrá dos radiografías tomadas hoy; una radiografía panorámica y una cefalométrica estas radiografías guiarán al ortodoncista a lo que se necesita para el tratamiento del paciente.

Las radiografías dentales son parte del tratamiento oral integral y son necesarias para fines de diagnóstico.

Que yo sepa, no estoy embarazada ni creo que exista ninguna posibilidad de que pueda estarlo.

Las radiografías dentales son seguras en lo que respecta a la radiación, la cantidad a la que está expuesto es mínima.

Nombre De Paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Marque lo que corresponda con una X**

* **Doy mi consentimiento** para que me toman las radiografías necesarias hoy con fines de diagnóstico.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **No doy mi consentimiento** para que me tomen radiografías hoy y soy consciente de que es posible que el médico no pueda diagnosticar adecuadamente el tratamiento que se necesita.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_