

This PDF from requiring Adobe Reader XI then higher version. If your Adobe Acrobat Reader is lower, it may not operate well. Please update to the latest version.



For PC and Mac



For phone and tablet



Consentimiento para Fluoruro y Radiografías

Yo, _____ padre de _____ solicito a la Dra. Galliani y a la Dra.

Rosenberg de Growing Smiles of Northern Virginia:

No tomar radiografías dentales de mi hijo(a)

Tomar radiografías dentales de mi hijo(a)


Entiendo que un diagnóstico completo no se puede lograr sin radiografías ya que no podemos ver algunas áreas de la boca clínicamente (especialmente áreas entre los dientes). También sé que la Dra. Galliani y la Dra. Rosenberg no podrán diagnosticar ciertas patologías o anomalías dentales que se diagnostican con radiografías (no se limitan a dientes adicionales, dientes faltantes, quistes, etc.)

Aplicar Fluor? **Si** **No**

La aplicación de fluoruro es recomendada por nuestras doctoras cada seis meses para fortalecer el esmalte y reducir el riesgo de caries.

Firma del padre/guardián:

Fecha: _____

Click  icon on the toolbar to add the digital signature. _____