



Howe Dental Associates

Dr. Michael Weiner, D.D.S.

15 Howe Ave, Suite 2B, Passaic, NJ 07055

NPI: 1356648422 — NJ License: 22DI02459000

Tel: 973.365.1931 — Fax: 973-365-1590

Email: HoweDentalAssociates@gmail.com Web: www.howedentalnj.com

Forma de consentimiento - Examen gratis de detección de cancer oral

Entiendo que el examen que estoy recibiendo hoy es un examen visual y táctil general de mi boca para los indicadores visibles del cancer oral. Este examen solo no diagnosticara definitivamente el cancer, y no esta diseñado para hacerlo. Su función es encontrar areas de sospecha, que luego requieren un examen más detallados. Si los medicos encuentran una afección cuestionable, o tejidos que consideran anormales, me darán un formulario de referido, describiendo sus impresiones y hallazgos para llevarlo a mi propio dentista o medico, o a una segunda institución donde una evaluación adicional y un examen mas detallado pueden ser conducido. Además, entiendo que es mi responsabilidad persona realizar el examen de seguimiento. Se me dará una lista de clínicas e instituciones locales donde esto se puede hacer si se justifica un examen de seguimiento. Entiendo que hay muchas afecciones, que no son cancer, que imitan su apariencia, y solo este segundo examen podrá determinar si lo que encontraron es cancer. También entiendo que en un pequeño numero de casos, los signos e indicadores del cancer oral no se pueden detectar con estos métodos, y es imposible garantizar que cualquier condición que exista sea detectada hoy. Por la naturaleza preliminar de este tipo de examen, entiendo que no es un predictor de una enfermedad futura, y las opiniones del medico solo reflejan lo que ven hoy. Este examen no es un tratamiento para ninguna afección, y al contar con ella, los medicos, las instituciones con las que están afiliados y la oral cancer foundation no están comprometidos con un acuerdo para brindar tratamiento en el futuro. Como este examen se realiza en un lugar publico, entiendo que puede haber miembros de los medios de comunicación, fotógrafos de eventos, etc. Presentes y estarán tomando fotos o filmando mientras estoy presente o en el examen. Si soy fotografiado o filmado, acepto permitir que estas imágenes, etc se usan en las noticias o en cualquier otro lugar sin limitación ni reserva. Entiendo la necesidad de que el publico este al tanto de la enfermedad, y el proceso y la importancia de la detección temprana, y estoy dispuesto a contribuir a ese bien mayor al permitir que estas imágenes se utilicen libremente.

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____