

## Anuncio Importante

Es posible que los voluntarios del Mission of Mercy no tengan las capacidades a provenir todos los servicios dentales que usted necesita, pero si usted quisiera consultar con nuestro equipo de voluntarios y recibir los tipos de tratamiento que ellos están ofreciendo hoy, POR FAVOR LEE LA RENUNCIA DE PACIENTES ABAJO CON MUCHO CUIDADO.

**Nota a los pacientes dentales:** Mientras que los voluntarios que son dentistas, higienistas y cirujanos orales ofrecen procedimientos de alta calidad con equipo que está en una condición buena, yo comprendo que porque hay muchas personas que necesitan tratamiento, es posible que no puedo recibir varias extracciones y varias calzas. Yo comprendo que es posible que yo tengo algunas condiciones medicales que pueden prohibirme de recibir el tipo de tratamiento dental que yo estoy pidiendo. También, comprendo que los voluntarios (*algunas que son visitantes de otras regiones*) no están disponibles para continuar cuidado, si hay problemas después de la clínica hoy. Yo accedo a buscar al cuidado dental después del clínico, si necesito, de un dentista local, mi médico de cabecera o el cuarto de emergencia en el hospital.

En consideración a los servicios libres de tratamiento dental que recibí en la fecha abajo, yo, para mi mismo y alguien que puede hacer una reclamación por mi, yo soy por la presente renuncia y libera al Mission of Mercy, algunas personas o organizaciones que actúan en representación del Mission of Mercy y los que patrocina o voluntaria a esta clínica, de todas reclamaciones de responsabilidad que provenir de mi aceptación de cuidado gratis que incluido, pero no esta limitado a, cuidado médico, quirúrgico, dental y/o cuidado visual o otro cuidado o consejos médicos.

Doy permiso al Mission of Mercy y sus agentes la derecha a usar fotos, mi voz, y otras reproducciones de mi retrato físico en conexión con la publicidad de la clínica o otras publicaciones sobre los servicios y las actividades del Mission of Mercy en todas las formas de los medios de comunicación a perpetuidad.

Yo he leído, o había leído a mí, y comprendo e accedo a todo que está arriba.

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Emergency Contact:

\_\_\_\_\_  
Apellido

(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

Telefono