



San Gabriel Valley Foundation for Dental Health

14101 E. Nelson Avenue
La Puente, Ca 91746
(626) 934-2894

Consent for Treatment by a Student

The SGVFDH Clinic is participation in the Training of Dental Student, dental hygiene students and dental assisting students. This program provides students with a variety of clinical experiences unique to a community health center setting. Students are well along in their training with some that have already completed all clinical requirements for graduation.

The licensed staff at Western University serves as clinical instructor and will be supervising the student and your case in order to assure the best possible treatment. This interchange provides valuable feedback for the student, staff members and yourself as the patient. Should you wish to ask any questions about your care or the program, please feel free to do so at any time.

We thank you in advance for participation in the program and enabling us to provide this valuable educational experience. Because of your cooperation, The SGVFDH Clinic can keep its doors open to provide quality care for the children of your community.

I have read, understand, and give my consent to be treated by a student while in the dental clinic of SGVFDH.

Patient Name: _____ Date of Birth: _____
Signature of Patient or Legal Guardian: _____ Date: _____

Consentimiento para Tratamiento por un Estudiante

La Clínica SGVFDH participa en el entrenamiento de dentista estudiante, y estudiantes de asistente dental. Este programa proveer al estudiante experiencia en un ambiente único a una clínica para la comunidad. Los estudiantes están ya en etapa avanzada en su entrenamiento y con unos que ya completado sus requerimientos para graduación.

Los instructores con licencia de Western Universito sirven como instructores de clínica y supervisaran al estudiante y el caso del paciente para proe ver el mejor tratamiento. Este intercambio proveer una valiosa información tanto al estudiante a los trabajadores y al paciente. Si usted tiene una pregunta sobre el cuidado, oh el programa, por favor si tiene preguntas agá las en cualquier momento.

Le agradecemos de ante mano por su participación en el programa que nos permite proveer educación y experiencia. Por su cooperación la clínica SGVFDH puede mantener sus puertas abiertas para proveer cuidados de calidad para los niños de la comunidad.

Yo e leído, entiendo y doy mi consentimiento que mi hijo/a reciba tratamiento por un estudiante mientras este en la clínica dental de SGVFDH.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Firma del Paciente o Guardián Legal: _____ Fecha: _____