



Consentimiento para el Procedimiento Dental y Conocimiento de Recibo de Información

El consentimiento informado indica que usted tiene conciencia de suficiente información para tomar una decisión personal sobre el tratamiento dental de su hijo/a después de considerar los riesgos, beneficios y alternativas. Por favor lea esta forma cuidadosamente y pregunte sobre lo que no entienda. Estaremos encantados de explicárselo.

Por medio de esta forma le autorizo a el dentiste de Comfort Kids Pediatric Dentistry, asistido por otros dentistas y/o auxiliares de su preferencia, para realizarle a mi hijo/a (o pupilo legal) el siguiente tratamiento dental ó procedimiento/s de cirugía oral, incluyendo el uso de de radiografías (rayos-x) necesarias ó aconsejadas ó ayudas diagnósticas.

En terminos generales, el procedimiento dental puede incluir:

| | |
|--|---|
| Limpieza | Óxido nitroso y oxígeno |
| Fluoruro | (Este gas es utilizado para ayudar al niño/a a relajarse durante el procedimiento. El/la niño/a no perderá el conocimiento) |
| Selladores (Aplicación de resina de protección a los surcos de los molares.) | |

El tratamiento para los dientes cariados ó lesionados puede incluir:

| | |
|---|---|
| Anestesia Local | Extracción |
| Rellenos plateados | (El retiro de 1 ó mas dientes) |
| Rellenos del color del diente | Tratamiento del nervio |
| Coronas de acero inoxidable | Mantenedor de espacio |
| Coronas del color del diente (para dientes delanteros solamente) | (reemplazo de dientes perdidos con un "titular de espacio") |

Este tratamiento se le ha sido explicado. Metodos alternativos o tratamiento alternativo, si hay alguno, tambien se me han sido explicado junto con las ventajas y desventajas de cada uno. He sido avisada de que aunque se esperan buenos resultados, la posibilidad y naturaleza de complicaciones no puede ser anticipada, y por lo tanto no puede haber alguna garantia expresa o implícita, ya sea como a los resultados del tratamiento o para curar. Yo le autorizo al Doctor que realice otros procedimientos dentales que de acuerdo a su juicio, son recomendados para mi hijo/a o pupilo legal, con la excepción de (si no hay ninguna, por favor diga):

ninguna excepción: _____

Aunque su aparición es extremadamente remota, algunos riesgos conocidos son asociados con los procedimientos de cirugía dental ó oral incluyendo anestesia y sedación. La ley del estado requiere que le mencionemos los riesgos de entumecimiento, hinchazón, sangrado, descoloración, nauseas, vomito, reacciones alergicas, daño cerebral, quadriplejía, la perdida de función de cualquier órgano, ó cicatrices desformantes asociadas con tales procedimientos. Entiendo que complicaciones pueden requerir de hospitalización y hasta podría terminar en muerte.

Yo autorizo el uso de radiografías, fotografías, y otro material de diagnóstico y registros de tratamiento para el propósito de enseñanza, investigación, y publicaciones científicas.

He leído y entendido este consentimiento y todas mis preguntas sobre los procedimientos has sido contestadas para mi satisfacción. Entiendo que tengo el derecho de tener respuesta a cualquier pregunta que pueda tener yo durante el tratamiento de mi hijo/a ó pupilo legal.

Nombre del niño/a _____ Fecha _____ Hora _____ am/pm
Firma del Padre o Tutor _____ Relación del Paciente _____
Testigo ó interprete _____
Le he explicado lo siguiente al Padre o Tutor legal _____