



## 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 dentista 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 \_\_\_\_\_