

# CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

PARA EL PADRE: Usted tiene el derecho de ser informado sobre la condición de su hijo y el procedimiento médico o quirúrgico recomendado que se utilizara para que tome la decisión de someterse o no al procedimiento después de conocer los riesgos y peligros involucrados. Esta información no es para asustarlo o alarmarlo; Es simplemente un esfuerzo por informarlo mejor para que pueda dar o negar su consentimiento para el procedimiento.

Con respecto a mi hijo/a, \_\_\_\_\_ Yo, \_\_\_\_\_  
(nombre del paciente) (padre o guardian legal) solicito voluntariamente al Dr. Kenneth C. Thompson y al personal dental de East Texas Children's Dentistry, P.A. para tratar la condición de mi hijo/a, lo que me ha sido explicado como:

Entiendo y consiento el tratamiento planificado para mi hijo, que puede incluir:

- Limpieza de dientes y aplicación de fluoruro
- Aplicación de selladores plásticos en la parte externa de los dientes
- Tratamiento a dientes enfermos con restauración dental (incluyendo empastes de color dental, coronas de plata, y tratamiento de nervio)
- Remover (extraer o sacar) uno o más dientes
- Reemplazo de dientes perdidos con prótesis dental
- Tratamiento a los tejidos orales afectados por enfermedad o accidente (duro o suave) •  
Tratamiento de dientes torcidos o desarrollo oral o anomalías de crecimiento
- Cualquier otro procedimiento, incluyendo pero no limitado a radiografías y el uso de anestésicos locales que se consideren necesarios o aconsejables para el tratamiento planificado

Entiendo que se harán todos los esfuerzos para obtener la cooperación de mi hijo mediante el uso de calidez, amistad, persuasión, humor, encanto, gentileza, amabilidad y comprensión. Además, entiendo y doy mi consentimiento para el uso de técnicas de manejo del comportamiento para eliminar el comportamiento disruptivo o evitar que mi hijo se lastime a sí mismo o al personal debido a movimientos incontrolables para facilitar la prestación del tratamiento dental necesario, incluidas, entre otras, varias formas de restricción física y óxido nítrico con oxígeno. Si deseo alguna excepción, he señalado lo siguiente: (si no desea una excepción, escriba "NINGUNO") \_\_\_\_\_

Se me han explicado formas alternativas de tratamiento, así como la opción de no tratamiento, con las ventajas, desventajas y riesgos de cada uno. Se me ha informado que, aunque se esperan buenos resultados, la posibilidad y la naturaleza de las complicaciones no se pueden anticipar con precisión y que, por lo tanto, no puede haber una garantía expresa o implícita sobre el resultado o la cura.

Aunque su aparición es extremadamente rara, se sabe que algunos riesgos están asociados con los sedantes propuestos, que incluyen, entre otros: náuseas, vómitos, reacciones alérgicas, problemas respiratorios, daño cerebral, accidente cerebrovascular, ataque cardíaco y parálisis (pérdida de la función de cualquier órgano o miembro), o cicatrices desfigurantes asociadas con dicho procedimiento o procedimientos. Además, entiendo y acepto que, aunque es poco probable, las complicaciones pueden requerir hospitalización e incluso pueden causar la muerte.

- Por este medio, declaro que he leído y entiendo este consentimiento que se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener, y que todas las preguntas sobre el procedimiento o procedimientos han sido respondidas de manera satisfactoria.
- Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente hasta el momento en que termine por escrito. •  
Entiendo que, aunque se ha dado mi consentimiento para el tratamiento anterior, se me informará sobre el tratamiento específico necesario antes de realizar el tratamiento.

Firma de Padre o Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Certifico que los procedimientos anteriores se han explicado al padre o tutor.**

\_\_\_\_\_  
Kenneth C. Thompson, DDS