



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

PARA EL PADRE: Usted tiene el derecho de ser informado sobre la condición de su hijo(a) y el procedimiento médico o quirúrgico recomendado que se utilizará, 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 para que pueda dar o negar su consentimiento para el procedimiento.

Con respecto a mi hijo(a), _____ yo, _____ solicito voluntariamente
(Nombre del niño/a) (Nombre del padre/madre)
que el personal dental de East Texas Children's Dentistry, P.A., trate la condición de mi hijo(a), la cual me ha sido explicada.

Entiendo y doy mi consentimiento para el tratamiento planeado para mi hijo(a), el cual puede incluir:

- Limpieza de los dientes y la aplicación de fluoruro tópico.
- Aplicación de "selladores" plásticos en la parte externa de los dientes.
- Tratamiento de dientes enfermos o lesionados con restauraciones dentales (incluyendo empastes del color del diente, coronas de acero inoxidable y tratamiento del nervio).
- Extracción de uno o más dientes primarios (de leche) y/o permanentes.
- Reemplazo de dientes faltantes con una prótesis dental.
- Tratamiento de tejidos orales enfermos o lesionados (duros y/o blandos).
- Tratamiento de dientes mal posados (torcidos) y/o anomalías en el desarrollo o crecimiento oral.
- Cualquier otro procedimiento, incluyendo, entre otros, radiografías y el uso de anestésicos locales, que se considere necesario o aconsejable para el tratamiento planeado.

Entiendo que se hará todo lo posible para obtener la cooperación de mi hijo/a utilizando calidez, amabilidad, persuasión, humor, encanto, gentileza, bondad y comprensión. Asimismo, entiendo y doy mi consentimiento para el uso de técnicas apropiadas de manejo de la conducta, cuando sea necesario, para reducir la conducta disruptiva o para prevenir lesiones a mi hijo/a o al personal dental debido a movimientos incontrolables. Estas medidas tienen como objetivo garantizar un tratamiento dental seguro y eficaz y pueden incluir, entre otras, la sujeción física y la administración de óxido nitroso con oxígeno (gas de la risa). Si deseo solicitar alguna excepción, la he indicado a continuación. (Si no se solicita ninguna excepción, escriba NINGUNA). _____

Se me han explicado las alternativas de tratamiento, así como la opción de no recibir tratamiento, con sus ventajas, desventajas y riesgos. Se me ha informado que, aunque se esperan buenos resultados, no es posible prever con exactitud la posibilidad ni la naturaleza de las complicaciones y, por lo tanto, no se puede garantizar el resultado o la cura.

Aunque su aparición es extremadamente rara, se sabe que los sedantes propuestos conllevan algunos riesgos, entre los que se incluyen, entre otros, náuseas, vómitos, reacciones alérgicas, problemas respiratorios, daño cerebral, accidente cerebrovascular, infarto y parálisis, pérdida de la función de algún órgano o extremidad, o cicatrices desfigurantes asociadas a dicho procedimiento o procedimientos. Asimismo, entiendo y acepto que, si bien es improbable, las complicaciones pueden requerir hospitalización e incluso provocar la muerte.

- Por la presente declaro que he leído y comprendido este consentimiento, que se me ha brindado la oportunidad de formular cualquier pregunta que pudiera tener y que todas mis preguntas sobre el procedimiento o los procedimientos han sido respondidas de manera satisfactoria.
- Entiendo además que este consentimiento permanecerá vigente hasta que lo revoque por escrito.
- Entiendo que, si bien he dado mi consentimiento para el tratamiento mencionado, se me informará sobre el tratamiento específico necesario antes de su realización.

Firma del Padre, Madre o Tutor Legal

/ _____
Imprimir Nombre

Fecha