



Forma de Consentimiento Para Tratamiento Dental Pediatrico

Como profesionales de la salud, es necesario obtener su consentimiento para administrar tratamiento dental/oral a su hijo(a). Por favor lea esta forma cuidadosamente y pregunte preguntas que no estén muy claras o que usted no entienda.

Esta forma es para informar le la clase de servicio que da esta oficina que puede cambiar según las necesidades de cada niño.

1. Yo _____ autorizo al Dr. Erickson y/o sus asociados y asistentes dentales que atiendan a mi hijo(a) para los
(Nombre de los Padres/ o Tutor Legal)
siguientes procedimientos de cirugía dental o oral; incluyendo el uso de anestesia oral, anestesia intramuscular, sedantes orales o radiografías que pueden ser necesarias para proveer tratamiento dental.

2 En terminos generales los procedimientos incluyen: por favor marque sus iniciales:

- A. _____ Limpieza dental, aplicación de fluoruro, y radiografías tal y sea necesario
- B. _____ Aplicación de casquillos, para fracturas dentales
- C. _____ Restitución de dientes quebrados o rellenos
- D. _____ Tratamiento de dientes o encías infectadas
- E. _____ Extracciones de 1 o mas dientes
- F. _____ Uso de "control de voz" para obtener la atención de el niño(a) con comportamiento negativo
- G. _____ El uso de restricciones físicas para llevar a cabo segura y apropiadamente los procedimientos dentales
- H. _____ El uso de anestesia local
- I. _____ El uso de sedantes para controlar el nerviosismo o comportamiento negativo
- J. _____ El uso de oxido nitroso para reducir la ansiedad
- K. _____ El uso de sedantes orales e intramusculares para ayudar a controlar el comportamiento a menudo, el uso de estos medicamentos puede conducir a sedado profundo y a la anestesia general y los riesgos asociados con este tipo de anestesia
- L. _____ Sedado intravenosa o anestesia general. Los riesgos de la anestesia general incluyen, pero no se limitan a moretones, náusea, vomito, aspiración, inchazón, sangrado, infección, mareado, reacción alérgica, paro cardíaco, y la muerte. Algunas de estas complicaciones pueden requerir hospitalización. Complicaciones graves son muy raras.

El tratamiento de mi hijo(a), métodos alternativos, al igual que las ventajas y desventajas de cada una se me han sido explicadas. Se me ha aconsejado que aunque los mejores resultados son los esperados, no hay ninguna manera dentro de la razón de anticipar complicaciones. Por lo tanto, no es posible garantizar los resultados o cura de el tratamiento.

Aunque la posibilidad que ocurra es remota, se ha sabido de algunos riesgos asociados con los procedimientos dentales. Se nos requiere mencionar los siguientes: sangrado, mareo, infección, daño sistema nervioso, reducción o pérdida de la función de órganos internos y brazos, al igual que cicatrices desinfección garantes, yo entiendo y acepto que ciertas complicaciones pueden ser fatales y que pueden requerir intervención médica.

Importante: Se le informara antes de hacer cualquier procedimiento a su hijo(a).

Firma de Padres/ o Tutor Legal

Fecha

Testigo