



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL PEDIÁTRICO

Nombre del paciente (impreso)

Fecha de nacimiento

Es necesario que Tooth Club For Kids obtenga su consentimiento para el tratamiento dental de su hijo (o para su propio tratamiento si tiene 18 años o más). Lea atentamente este formulario **y pregunte sobre cualquier cosa que no comprenda**. Por la presente doy mi consentimiento a los médicos de Tooth Club For Kids y a los asistentes dentales para poder realizar el siguiente tratamiento dental a mi hijo (yo). Esto puede incluir cualquier anestesia local, analgesia, sedación oral moderada, sedación con anestesia general o radiografías necesarias o aconsejables.

Este tratamiento me ha sido explicado; al igual que cualquier método alternativo de tratamiento y las ventajas y desventajas de cada uno. Tengo Se le ha informado que, aunque se esperan buenos resultados, no se puede anticipar con precisión la posibilidad y la naturaleza de las complicaciones; por lo tanto, no puede haber ninguna garantía sobre los resultados positivos del tratamiento. Aunque esto es extremadamente raro, se sabe que existen algunos riesgos. asociados con procedimientos dentales. Estamos obligados a informarle sobre las posibilidades de entumecimiento, infección, daño al sistema central, pérdida de función y cicatriz desfigurante. Además, entiendo y acepto que algunas complicaciones podrían volverse letales o requerir atención médica exhaustiva.

He leído, entiendo y he recibido respuesta a mis preguntas, si las hubiera, con respecto a lo que se ha indicado en este formulario de consentimiento y, por lo tanto, acepto el tratamiento.

Firma del paciente/padre/tutor

Fecha

En términos generales, la atención odontológica incluirá aquellas áreas iniciadas y revisadas.

- ☐ Examen de paciente nuevo
- ☐ Examen periódico/emergencia y cualquier radiografía necesaria
- ☐ Limpieza dental y aplicación de fluoruro y cualquier radiografía necesaria
- ☐ Aplicación de selladores en las ranuras de los dientes posteriores
- ☐ Aplicando SDF/ Aplicando Medicamento

- ☐ Reparar dientes enfermos o rotos (Empastes o Coronas)
- ☐ Tratamiento de dientes y/o encías infectadas (pulpotomía/pulpectomía)
- ☐ Extracción de uno o más dientes (Extracción)
- ☐ Colocación de mantenedor de espacio para ayudar a mantener el espacio para el diente permanente

- ☐ Uso de analgesia con óxido nitroso (gas de la risa)
- ☐ Uso de sedante para controlar la aprensión y/o la mala cooperación mediante sedación moderada.
- ☐ Uso de sedantes para controlar la aprensión y/o la mala cooperación mediante anestesia general.