

# CAMINO HEALTH CENTER

## FORMA PARA EL CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DENTAL

Por favor lea y ponga sus iniciales en cada una de las secciones siguientes. Firme y ponga la fecha al final.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

{ **1. TRABAJO POR HACER**

Yo entiendo que mi niño/a tiene el siguiente trabajo por hacer: Rellenos: \_\_\_\_\_ Coronas/Fundas: \_\_\_\_\_ Extracciones: \_\_\_\_\_  
Pulpotomía: \_\_\_\_\_ Mantenedor de espacio: \_\_\_\_\_ Dientes/muelas impactadas: \_\_\_\_\_ Endodoncia: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

( Iniciales: \_\_\_\_\_ )

{ **2. DROGAS y MEDICAMENTOS**

Yo entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, escozor/picazón, vómitos y/o choque anafiláctico (reacción alérgica severa).

( Iniciales: \_\_\_\_\_ )

{ **3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO**

Yo entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones encontradas mientras se trabaja en los dientes que no fueron descubiertas durante el examen. Yo doy mi permiso al Dentista para hacer cualquier/todos los cambios y adiciones que sean necesarias.

( Iniciales: \_\_\_\_\_ )

{ **4. EXTRACCION DE LOS DIENTES**

Las alternativas para la extracción me han sido explicadas y autorizo al Dentista para extraer el/los siguientes dientes

\_\_\_\_\_ y cualquier otro que sea necesario por las razones dadas en el parágrafo 3. Yo entiendo que extrayendo el diente no siempre se remueve toda la infección, si está presente, y podría ser necesario prolongar el tratamiento. Yo entiendo los riesgos envueltos en la extracción, resacamiento del lugar de la extracción, (dry socket) perdida de la sensibilidad en los dientes, labios, lengua y tejidos adyacentes (parastesia) que puede permanecer por un período indefinido de tiempo (días o meses) o fractura del maxilar. Yo entiendo que mi niño/a podría llegar a necesitar tratamiento de un especialista o inclusive hospitalización si surgen complicaciones durante el tratamiento.

( Iniciales: \_\_\_\_\_ )

{ **5. TRATAMIENTO ENDODONTICO (limpieza del canal de la raíz y pulpotomía)**

Yo entiendo que no hay garantía que la limpieza de canal de la raíz o pulpotomía van a salvar el diente/dientes de mi niño/a y que pueden ocurrir complicaciones derivadas del tratamiento y que ocasionalmente objetos metálicos pueden ser cementados en el diente o extendidos hasta la raíz lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. Yo entiendo que ocasionalmente podrían ser necesarios procedimientos quirúrgicos adicionales después del tratamiento de endodoncia.

( Iniciales: \_\_\_\_\_ )

{ **6. ÓXIDO NITROSO**

Autorizo al dentista para que le administré óxido nitroso por medio de una máscara en la nariz a mi niño durante su tratamiento dental. El óxido nitroso se utiliza para ayudar a mi niño a relajarse y para disminuir su ansiedad. Es posible que el óxido nitroso le provoque nauseas.

( Iniciales: \_\_\_\_\_ )

Yo entiendo que la Odontología no es una ciencia exacta y que por lo tanto ningún dentista podrá garantizar completamente los resultados. Yo reconozco que ninguna garantía ha sido ofrecida por ninguna persona acerca del tratamiento dental el cual yo he solicitado y he autorizado para mi niño/a. Yo he tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer las preguntas necesarias. Mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Yo doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_