

CONSENT FORM

Yo _____ (Nombre del Padre o tutor), Reconozco que he leído la información acerca del tratamiento de mi hijo/a, y que entiendo la información contenida en esta forma de consentimiento.

Así mismo, Yo apruebo y doy autorización al dentista y/o staff para realizar el siguiente diagnostico, cirugía y/o tratamiento dental y administrar la anestesia necesaria:

Rehabilitación dental de toda la boca bajo anestesia general que incluye: Radiografías, limpieza, restauración (amalgamas) y extracciones.

De la misma manera autorizo al dentista y/o staff a usar su mejor juicio profesional al tratar cualquier inesperado problema dental y/o a ejecutar cualquier otro procedimiento.

Todas las alternativas al tratamiento recomendado, incluyendo el tratamiento mismo, me han sido explicadas. Tuve la oportunidad de preguntar cualquier tipo de dudas y todas ellas han sido contestadas a mi entera satisfacción.

Fecho esta forma de consentimiento el mes de _____ día _____ de 200__.

Firma: _____
Firma del padre o guardián

Nombre del paciente

Testigo

Fecha

Dr. _____
Dentista

Si yo, el guardián legal o tutor calificado, no puedo estar presente el día de la cirugía, yo estaré disponible por teléfono entre 6:00am a 5:00pm el día de la cirugía. Este número de contacto es importante para obtener autorización de mi parte que fuese necesaria para cualquier tratamiento que no hubiese sido previamente discutido conmigo. El no proporcionar este número de contacto podría ocasionar que el tratamiento dental del paciente quede cancelado.

Teléfono: () _____

**SERVICIOS DENTALES ESPECIALES
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL
Y CONOCIMIENTO DE LA INFORMACION RECIBIDA**

El significado de esta información es ayudarle a tomar una decisión con respecto a su cuidado dental. La Ley del Estado de Oregon nos pide obtener su consentimiento antes del tratamiento dental que tiene programado. Usted tiene el derecho de ser informado sobre su diagnosis, tratamiento dental que se recomienda, así como alternativas y riesgos del mismo. Por favor, pregunte cualquier cosa que no entienda. Nosotros estamos preparados para responder cualquier pregunta que tenga y explicársela detenidamente.

Posibles riesgos o complicaciones para todas las cirugías dentales o extracciones

- Inflamación, contusión o dolor
- Dolor en la mandíbula o dificultad para abrir la boca
- La Articulación de la mandíbula puede doler o no funcionar apropiadamente.
- Infección
- Sangrado
- Falta de curación en la herida
- Cisura o hueco en la encía (Perdida del coagulo de sangre)
- Daño al nervio
- Perdida de dientes o hueso
- Rotura de un instrumento quirúrgico
- Lesión en las estructuras adjuntas como dientes, amalgamas, y tejido
- Extracción incompleta del diente, fractura de la raíz y astillas dentales retenidas después de la cirugía
- Pasarse o tragarse un objeto dental pequeño
- Perforación de la raíz durante el procedimiento de endodoncia
- Bacterial endocarditis (Infección que puede ocasionar problemas cardiacos)
- Que el tratamiento programado no sea terminado en su totalidad
- Que se requiera otra cirugía oral adicional y hospitalización y/o mas tratamiento dental como resultado de complicaciones durante la primera cirugía
- Muerte (en casos muy, pero muy raros)
-

Posibles riesgos de la anestesia

Hay riesgos asociados con la administración de cualquier anestesia local o general, agente analgésico para producir sedación consciente, y/o medicamento previo al tratamiento dental. Posibles riesgos incluyen: Dolor, Inflamación, Contusión, Daño del nervio, Reacciones alérgicas, las cuales pueden dar como resultado un ataque al corazón, derrame cerebral, daño al cerebro y/o la muerte.