

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA REALIZAR TRATAMIENTOS DENTALES

Nombre del paciente: _____

Nacido en _____,

Padre/Tutor: _____

Por la presente autorizo y doy consentimiento los dentistas de First Care Dental of Palm Beach, P.A. y / o auxiliares dentales escoquidos por la Dr. Loan Leminh para llevar a cabo sobre mi hijo (o pupilo), estando yo presente, o sea otra persona, llamado

_____ que este presente con mi hijo, en mi ausencia, los procedimientos dentales siguiendo tratamiento o cirugía bucal, incluyendo el uso de cualquier anestesia Aconsejable o Anestesia local necesario, radiografías (rayos X) o otras ayudas diagnósticas.

- A. limpieza de los dientes y la aplicación de fluoruro tópico.
- B. Aplicación de "selladores" de fosas y fisuras de los dientes.
- C. Restauraciones dentales (empastes) en los dientes enfermos o danados
- D. La sustitucion de dientes perdidos con prótesis dentales.
- E. Remover (extracción) uno o más dientes.
- F. Tratamiento de tejido oral enfermo o lesionado (duro y / o blando)
- G. El uso de restricciones físicas o dispositivos de retención para llevar a cabo de manera segura los procedimientos dentales necesarios.
- H. posponer o retrasar el tratamiento en este momento.
- I. El tratamiento de los dientes torcidos y / o anomalías en el desarrollo o crecimiento orales.

Yo entiendo que hay riesgos involucanados en este tratamiento y por la presente reconocen que estos riesgos me fueron explicados, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobrel el tratamiento y los riesgos y que entiendo todo lo explicado anteriormente.

Estoy de acuerdo en el uso de anestesia local y el uso de la analgesia / óxido nitroso oxígeno Dependiendo del Juicio de los doctores. Entiendo que el óxido nitroso / oxígeno en ocasiones puede producir náuseas y vómitos. Soy consciente de que la pieza de la nariz deja un enrojecimiento en forma de anillo alrededor de la nariz, que desaparece poco después del procedimiento.

Este tratamiento me fue explicado. Los métodos alternativos de tratamiento, en su caso, también me fueron explicado, al igual que las ventajas, desventajas y riesgos de cada uno. Me han informado de que, aunque se esperan buenos resultados, la posibilidad y la naturaleza de las complicaciones no se pueden anticipar con exactitud y que, por tanto, no puede haber ninguna garantía ya sea expresa o implícita, en cuanto a los resultados del tratamiento o en cuanto al tratamiento.

Me reconocen que durante el curso del tratamiento, circunstancias imprevistas pueden requerir procedimientos adicionales o diferentes de los expuestos. Por lo tanto solicito y autorizado la realización de procedimientos adicionales que se consideren necesarias o convenientes para la salud bucal del niño y el bienestar en el criterio profesional de los dentistas de First Care Dental de Palm Beach.

Entiendo y fui informado que existen posibles riesgos y complicaciones asociados con la administración de la anestesia local, sedación y las drogas. La más común de ellas es la hinchazón, sangrado, dolor, náuseas, vómitos, contusión, hormigueo y entumecimiento de los labios, las encías, la lengua y la cara, reacciones alérgicas, hematoma (inflamación o sangrado en o cerca del sitio de la inyección), desmayos, mordedura de labio y mejilla provocando infección y ulceración de la mucosa. También entiendo que hay riesgos potenciales como: las reacciones adversas a medicamentos produciendo colapso respiratorio y cardiovascular (detener la función respiratoria y cardíaca) y la falta de oxígeno en el cerebro que podrían provocar el coma o la muerte.

Soy consciente de que a veces es muy difícil llevar a cabo el tratamiento dental en un niño debido a la falta de cooperación. Esto es bastante común en los niños muy pequeños e inmaduros, en aquellos niños con discapacidad física y / o mental que disminuye su capacidad de cooperar plenamente con los procedimientos y en los niños que tienen miedo o ansiedad.

Firma _____

Fecha: _____

Identification con foto adjunta