

Kids' Community Dental Clinic ~ INFORMATION DE CONSENTIMIENTO Paciente: _____

Los profesionales médicos tienen la obligación de informar al posible paciente de cualquier información refiriéndose al procedimiento o tratamiento recomendado. Un consentimiento informado indica que usted ha recibido bastante información sobre el tratamiento considerado para su hijo/a, y que usted tomara una decisión personal considerando las alternativas, de los riesgos, y beneficios del tratamiento. Por favor lea la porción de abajo con mucho cuidado y háganos cualquier pregunta que usted quiera si no entiende algo, nosotros le explicaremos con más profundidad.

1. DROGAS Y MEDICAMENTOS

Comprendo que antibióticos y analgésicos y otras medicinas pueden causar reacciones alérgicas causando enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, picazón, vomito, y/o severa reacción alérgica. (Iniciales)_____

2. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATEMIENTO

Comprendo que es posible que durante se efectúa el tratamiento indicado, se juzgue necesario cambiar de procedimiento por razón de que al trabajar en los dientes el Dentista puede encontrar alguna condición que no fue descubierta durante la examinación. Doy mi permiso al Dentista para que haga esos cambios si es necesario. (Iniciales)_____

3. ANESTESIA

Reconozco que el riesgo involucrado al recibir la anestesia local, puede causar: parcial parálisis facial, inflamación de tejidos, daño al nervio y entumecer, reacciones adversas a las drogas que pueden causar ataque cardiaco. (Iniciales)_____

4. EXTRACCION DE DIENTES

Las alternativas de la extracción' de los dientes de sus hijos han sido explicadas (Terapia para Tratamiento de Endodontics, Coronas y Cirugía' de las Encías, etc.) y autoriza al Dentista que saque los siguientes dientes: y cualquier otros que el juzgue' necesarios bajo el Párrafo No.3 Comprendo que la extracción' de los dientes no siempre resulta en la eliminación' de la infección, y que un tratamiento adicional puede ser necesario. Comprendo que los riesgos involucrados en el removimiento de los dientes, puede causar: dolor, hinchazón, desarrollo de la infección', alveolo seco, perdida de sensación en los dientes, labios, lengua, y tejidos a su alrededor (parestesia) que pueden durar por un indefinido periodo de tiempo (días, meses,) o mandibular quebrada. Comprendo que es posible que pueda necesitar un tratamiento adicional de un especialista, y hasta hospitalización' si es que resultan complicaciones durante o subsiguiente al tratamiento.

(Iniciales)_____

5. TRATAMIENTO ENDODONTICO Y PULPOTOMIA

Comprendo que no existe ninguna garantía de que el tratamiento de conducto salvara el diente de mi hijo/a , y que el tratamiento puede causar complicaciones, y que existen ocasiones en las cuales objetos de metal son cementados en el dientes o extendidos por la raíz lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento, y que este tratamiento en veces requiere múltiple visitas y que puedo causar serio daño o perdida de diente o dientes implicados si no termino el tratamiento necesario.

(Iniciales)_____

6. PERDIDA EN LAS ENCIAS (TEJIDOS Y HUESOS)

Comprendo que pueda ser una condición seria, la cual causa inflamación o perdida de las encías y huesos lo Cual puede causar la perdida de los dientes de mi hijo/a.

(Iniciales)_____

Yo por la presente pido y autorizo a los dentistas, y higienista, que hagan el trabajo dental con el objeto de intentar a mejorar la apariencia, función, y la salud de la boca, dientes, tejidos de la manera explicada. El efecto y naturaleza del proceso' llevarse a cabo, y los reisos involucrados tanto como las alternativas de métodos de tratamiento que son posibles, se me han explicado. También autorizo al Dentista cirujano, y sus higienista, a que efectúen cualquier otro procedimiento que juzguen necesario o deseable al intentar a mejorar la condición como es descrita en el forma de tratamiento diagnóstico, que traten condiciones insalubres o imprevistas que puedan encontrar durante la operación. Sé que la práctica de Odontología y cirugía no son ciencias exactas y es por eso que las personas de buena reputación que ejercen esta profesión no pueden garantizar resultados. Reconozco que nadie me ha dado ninguna garantía o seguridad sobre el tratamiento que por medio de la presente pido y autorizo. Alternativas y posibles reacciones adversas se me han explicado detallada y claramente. Complicaciones como infecciones, hemorragias, y/o sangradura, cicatrices, dolor/punzadas, posibles deformidades, n tiempo de recuperaciónn mas largo de lo estimado, reacciones a cualquier droga antes, durante, o después de la cirugía: adormecimiento a picazón de la lengua, labios, dientes, tejidos (Parestesia), fractura de la mandíbula, etc. Se me han explicado claramente. (Iniciales)_____

YO CERTIFICO QUE HE LEIDO Y COMPRENDO TOTALMENTE EL CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO DENTAL DETALLADO ARRIBA Y LAS EXPLICACIONES QUE EN EL SE AHN REFERIDO. CUALQUIER COSA QUE NO HE ENTENDIDO SE ME HA SIDO EXPLICADA.

Firma: _____ **Fecha:** _____
Padre o Representante