

ODONTOLOGIA INFANTIL
CONSENTIMIENTO PARA LOS PROCEDIMIENTOS ODONTOLOGICOS
V EL ACUSO DE LA RECEPCION DE LA INFORMACION PERTINENTE

1. La ley Estatal requiere de su consentimiento para poder realizar el tratamiento odontologico propuesto o cirugia bucal. Por favor, lea cuidadosamente este formulano y haganos preguntas si hay algo que no este claro. Con mucho gusto le explicaremos.

Por medlo de Ia presente, autorizo y pido al doctor/es de RITA V. PATEL, D.D.S., INC. y a los asistentes de odontologia de su eleccion para realizar los siguientes tratamientos odontologicos o procedimientos de cirugia bucal.

2. En terminos generales, el tratamiento odontologico comprendera los siguientes procedimientos:
 - a. Radiograffas (rayos X) de los dientes y Ia mandibula.
 - b. Limpieza de los dientes y Ia aplicacion externa de fluoruro.
 - c. La aplicacion de plastico "selladores" a las gnetas de los dientes.
 - d. El uso de anestesia local para entumecer los dientes y los tejidos.
 - e. El tratamiento de los dientes enfermos o cariados con restauradores dentales. (tapado de Caries y coronas o tratamiento de Ia pulpa dental).
 - f. La extraccion de uno o mas dientes.
 - g. El reemplazo de dientes faltantes con protesis dental.
 - h. El tratamiento del tejido oral danado o enfermo. (tejidos blandos y duros).
 - i. El tratamiento de dientes mal formados (chuecos) yfo el desarrollo de abnormalidades bucales.
 - j. El uso de inmovilizadores fisicos para Ia restriccion de los movimientos corporales para realizar con seguridad los procediminetos dentales necesarios.
3. Aunque Ia ocurrencia no es frecuente, Se conocen algunos riesgos y complicaciones asociados con los procedimientos odontologicos o de cirugia bucal. Las complicaciones mas comunes asociadas con el tratamiento dental pediatrico, son las nauseas despues de Ia aplicacion de fluoruro topico y de mordeduras de lengua y labios por eflos mismos despues de Ia aplicacion de Ia anestesia local. Otras complicaciones menos comunes incluyen los siguientes riesgos: entumecimiento, infeccion, inflamacion, prolongacion en el tiempo de sangrado, descoloracion, vomitos, reacciones alergicas, aspiracion o tragamiento de una corona o un diente de extraccion, o gaza de empaque; dano a Ia lengua y a los labios o posible perdida de algunos dientes o tapas de canes existentes, dano causado a los nervios cercanos al sitio del procedimiento, fractura de Ia raiz de un diente, en cuyo caso se requerira realizar una cirugia adicional para removerlo. Para los ninos que sufren enfermedades del corazon, existe el peligro de una endocarditis subaguda bacteriana (infeccion del coraz6n) como consecuencia del tratamiento odontologico. Por consiguiente, se prescribieran antibioticos antes y despues del tratamiento con el fin de minimizar los riesgos.

Por medio de Ia presente, yo afirmo que he leldo y comprendido este formulario de consentimiento. He tenido Ia oportunidad de hacer preguntas sobre el procedimiento y todas las preguntas me fueron contestadas en forma satisfactoria. Ademias, tengo entendido que tendre el derecho de recibir contestaciones a cualquier pregunta que pueda surgir durante el transcurso del tratamiento odontologico de mi nino. Al firmar este formulario, yo autorizo a los doctores del RITA V. PATEL, D.D.S., INC. de proveer tratamiento odontologico a mi nino.

Nombre del Paciente:

Firma del padre, madre, o guardian: Fecha:

Parentezco con el paciente:..... Testigo:

Firma del Dentista: Fecha: