

CONSENTIMIENTO PARA LA SEDACION 0 NITROUS OXIDE PARA EL  
TRATAMIENTO PEDL TRICO DENTAL.

Yo, ..... , como padre o tutor legalmente responsable  
de .....

doy mi consentimiento para el uso de anestesia local, drogas sedativas o agentes nitros oxide que el/los Dr(s) de RITA V. PATEL, D.D.S., INC. que puedaln considerar necesario en La ficha de reexaminacion del nino, como se me ha sido previamente explicado y cualquier otro procedimiento considerado necesario o aconsej ado como corolario al pro cedimiento planeado.

He sido informado y comprendo que ocasionalmente hay complicaciones relacionadas al tratamiento, Las drogas o los agentes de La anestesia, incluidos pero no limitados a:

entumecimiento, infeccion, hinchazon, hemorragia, decoloracion, nausea, v6mitos, reacciones alergicas, dano cerebral, embolia o infarto. Ademas comprendo y acepto que complicaciones relacionadas con el tratamiento puedan requerir hospitalizaci6n asi como que puedan resultar en La muerte del paciente.

Dr/s de RITA V. PATEL, D.D.S., INC. discutieron conmigo estas complicaciones a mi total satisfaccion. Noto el recibir y comprender las instrucciones pre y post operatorias. El procedimiento del tratamiento y sedaci6n o anestesia se me han sido explicados, a lo largo con Los metodos posibles alternativos, ventajas y desventaj as; riesgos, consecuencias y probables efectos de cada uno, asi tambien como La prognosis si el tratamiento no fuera llevado a cabo.

He leido este consentimiento y comprendo, a mi total satisfacci6n, los procedimientos que seran llevados a cabo y acepto Los riesgos posibLes.

Padre o tutor legal: ..... Fecha: .....

Testigos: .....

Certifico que le he explicado los procedimientos al padre o aL tutor legal antes de pedir su firma.

Firma del dentista: ..... Fecha: .....