



Maria Calcina DDS: Pediatric Dentist Clay Dental PLLC
19214-D Clay Rd. Phone: 281-463-4333 Fax: 281-463-4908
www.claydental.net

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DENTAL PEDIATRICO

Por medio de la presente, hago constar que doy permiso al dentista para llevar a cabo los siguientes tratamientos procedimientos dentales en mí / hijo (a) / representado (a) **(circule uno)**; los cuales, en general, incluirán **(marque lo que corresponda)**:

- _____ A. Procedimiento de Restauración Dental (relleno, otros), incluye el uso de anestesia local, abre bocas, y/o el empleo de control de voz.
- _____ B. Fotografías, moldes para dientes, rayos X.
- _____ C. Remoción de dientes de leche o permanentes
- _____ D. Sedación con óxido nitroso, para relajar al niño
- _____ E. La restricción física, incluyendo sostener a mi niño(a)/persona presentada
- _____ F. Otros _____

La naturaleza y la finalidad de los procedimientos o tratamientos me han sido explicados por la Dra. Maria Calcina. Los Procedimientos alternos, de ser necesario, también me han sido explicados, junto con sus ventajas, desventajas y riesgos. Estoy consciente de que se esperan buenos resultados, pero que la posibilidad y la naturaleza de las complicaciones no pueden anticiparse con precisión. Por lo tanto; entiendo que no hay una garantía, expresa o implícita, de los resultados del tratamiento.

También estoy consciente que existen algunos riesgos y complicaciones poco frecuentes, pero conocidos por estar asociados con los procedimientos dentales, los más comunes de los cuales incluyen que los niños se muerden o se hieren su lengua o labios después de la anestesia, así como el dolor alrededor de la zona en tratamiento; además, pueden aparecer otras complicaciones menos comunes como son el riesgo de infección y la inflamación.

He leído y entendido este formulario de consentimiento. También se me ha dado la oportunidad de hacer mis preguntas sobre el tratamiento y entiendo que tengo el derecho de obtener respuestas a las preguntas que pueda hacer durante el curso del tratamiento de mi, mi hijo(a), o mi representado(a). Por último, estoy enterado de que tengo la libertad de retirar este consentimiento en cualquier otro momento.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Padre/Representante Legal/ _____

Relación con el Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Firma del Dentista: _____ Fecha: _____