

# BROOKER MEMORIAL CHILDREN'S DENTAL CENTER

## Consentimiento de recibo de información sobre Los derechos de privacidad del paciente

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Yo, guardián legal, \_\_\_\_\_ he recibido una copia de este aviso sobre las prácticas de privacidad de esta oficina.

Por favor escriba el nombre: Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Consentimiento para Realizar Procedimientos Dentales y Conocimiento de la Información Recibida.

Doy mi consentimiento para que los doctores (dentistas), asistentes dentales e higienistas realicen los siguientes procedimientos en mi hijo(a) o niño(a) bajo mi tutela. En términos generales el tratamiento dental incluirá:

- A. Procedimientos dentales preventivos incluyendo examen oral, limpieza, aplicación de fluoruro e instrucción de higiene oral.
- B. Procedimientos dentales restaurativos (obturaciones) incluyendo el uso de anestesia local, abre bocas o empleando control de voz.
- C. Fotografías, radiografías o moldes dentales.
- D. Extracción de dientes primarios o permanentes
- E. Tratamiento de dientes desviados (Movimiento dentario simple o mantenedores de espacio)
- F. Restricción de los movimientos físicos del paciente, incluyendo sostener el paciente o usar la tabla de papoose.
- G. Óxido Nitroso (sedación leve)

La naturaleza y propósito de los procedimientos me han sido explicados en términos generales por los doctores y el personal de Brooker Memorial. También me explicaron en caso de procedimientos alternativos así como sus ventajas, desventajas y riesgos. Entiendo que se buscan resultados satisfactorios, pero que la posibilidad y naturaleza de las complicaciones que se puedan presentar no pueden ser anticipadas con exactitud y por lo tanto no existe garantía expresa o implícita de los resultados del tratamiento.

Aunque su ocurrencia no es frecuente, es sabido que se presentan algunos riesgos y complicaciones asociados con procedimientos dentales. Los más comunes son que los pacientes se lastimen o muerdan la lengua o los labios después que se les aplique anestesia local y sensación de dolor en el área que se está tratando. Además se pueden presentar complicaciones menos comunes tales como los riesgos de infección e hinchazón.

He leído y entiendo este consentimiento de tratamiento. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas sobre el tratamiento. Entiendo que tengo el derecho de hacer preguntas y obtener respuestas durante el curso del tratamiento de mi hijo(a). Entiendo que puedo retirar el consentimiento del tratamiento en cualquier momento.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Guardián Legal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Certifico que le he explicado los procedimientos arriba descriptos al padre, madre o guardián legal del paciente antes de solicitarle su firma.

\_\_\_\_\_  
Firma del Higienista/Doctor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nota a proveedores: Agregue un comentario en la nota de progreso de tratamiento en lo que respecta a la obtención del consentimiento original, riesgos adicionales o agregue una nota adicional al consentimiento original. Las notas adicionales también pueden agregarse a este formulario con fecha y firma por los padres o guardián legal.