

--	--	--

Consentimiento para Tratamiento Dental

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Doy el consentimiento para mí o mi niño(a) para recibir el tratamiento dental que sea necesario, por los proveedores en el _____ . Estos procedimientos incluyen, pero no están limitados a: exámenes, limpiezas, tratamientos de fluoruro, selladores, restauraciones (calzas), coronas, tratamientos de periodoncia (encías), tratamientos de conducto (canal de raíz), extracciones, y el uso de anestésicos locales. Entiendo que el uso de anestésicos locales conlleva el posible riesgo de hinchazón, hematomas, cambios en la percepción de dolor o adormecimiento prolongado. Este consentimiento se considerará vigente a menos que sea revocado.

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente o guardián legal

Fecha

Testigo

Fecha

Esta sección tiene que ser llenada únicamente para niños menores de 18 años de edad por parte de los padres o guardián legal.

Yo afirmo que soy el padre, la madre, o el guardián legal del referido paciente. Si soy incapaz de acompañar a mi niño(a), yo doy el permiso para los individuos denominados debajo de acompañar a mi niño(a):

Nombre

Relación

Nombre

Relación

Nombre

Relación

Si el paciente es mayor de 13 años, seleccione por favor uno:

- Como mi niño(a) es mayor de 13, doy el permiso para que él/ella sea atendido sin ser acompañado por un adulto para tratamiento. Entiendo que ningún tratamiento que sea invasivo, tal como extracciones, ni la iniciación de tratamientos de conducta (canal de raíz), se realizarán a menos que sea notificado por teléfono. En caso de una emergencia, cuando yo no puedo ser alcanzado, doy el permiso para realizar cualquier terapia necesaria por el proveedor dando el tratamiento.
- Aunque mi niño(a) sea mayor de 13, desco ser el presente para todos tratamientos realizados.

Firma del paciente o guardián legal

Fecha

Este consentimiento se considerará vigente a menos que sea revocado.