



Consentimiento para Recibir Servicios Dentales (Pediátrico)

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

N° de archivo médico: _____

Por la presente, autorizo y expreso mi aprobación para que los dentistas de Elica Health Centers u otros auxiliares de su elección, a realizar a favor de mi hijo/a (o pupilo/a legal), el tratamiento dental o procedimiento(s) siguiente(s), incluido el uso de anestesia local cuando sea necesario o aconsejado, radiografías o ayudas diagnósticas:

- Limpieza de los dientes y aplicación de fluoruro tópico.
- Aplicación de "sellantes" de plástico a los surcos de los dientes.
- Tratamiento de dientes lesionados o enfermos o con restauraciones dentales (rellenos).
- Reemplazo de dientes perdidos con prótesis dentales (si es necesario).
- Extracción de uno o más dientes (si es necesario).
- Tratamiento de los tejidos orales lesionados o enfermos (duros y/o blandos)
- Posponer o retrasar tratamiento en este momento.
- Tratamiento de dientes amontonados o torcidos y/o anomalías orales de desarrollo y crecimiento

Entiendo que existen riesgos asociados con este tratamiento y por la presente, reconozco que se me han explicado estos riesgos, he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del tratamiento, los riesgos asociados y entiendo plenamente lo que se involucra.

También se me han explicado los métodos alternativos existentes, así como las ventajas y desventajas de cada uno. Se me han informado que, aunque se esperan buenos resultados, no se puede predecir de forma precisa la posibilidad y la naturaleza de las complicaciones, por lo tanto, no se puede ofrecer ninguna garantía, expresa o implícita, con respecto a los resultados del tratamiento o la cura.

Reconozco que, durante el curso de este tratamiento, circunstancias inesperadas pueden necesitar procedimientos adicionales o diferentes a los que se han discutido. Por la presente, autorizo y solicito la realización de procedimientos adicionales considerados necesarios o deseables para la salud bucal y bienestar de mi hijo/a (o pupilo/a legal) según el juicio profesional de los dentistas de EHC.

Autorizo el uso de anestesia local y se me ha informado que existen posibles riesgos y complicaciones asociadas con la administración de anestesia local. Entre ellos, lo más comunes incluyen: hinchazón, sangrado, dolor, náuseas, vómitos, moretones, entumecimiento de los labios, encías, cara o lengua, reacciones alérgicas, hematoma (inflamación o sangrado cerca del área de la inyección) desmayos, y el acto de morderse las mejillas/labios que resulta en la ulceración e infección de la mucosa oral. También entiendo que raramente existen riesgos potenciales, como reacciones desfavorables a medicamentos provocando el colapso cardiovascular y un paro respiratorio (interrupción de la respiración y función cardíaca) y la falta de oxígeno en el cerebro puede resultar en coma o la muerte.



Consentimiento para Recibir Servicios Dentales (Pediátrico)

Soy consciente de que algunas veces es extremadamente difícil realizar el tratamiento dental sobre un niño debido a la falta de cooperación. Es bastante común sobre todo para niños pequeños e inmaduros, en niños con discapacidades físicas y/o mentales que disminuyen su capacidad para cooperar plenamente con los procedimientos y en niños que están temerosos o ansiosos. Por la presente, autorizo el uso de un pequeño instrumento en la boca para mantenerla abierta y la asistencia de un auxiliar dental en sostener al niño (si es necesario) o si según el doctor hace falta que el niño esté refrenado durante el tratamiento para su seguridad.

Certifico que he recibido de Elica Health Centers una copia informativa de los "Datos sobre Materiales Dentales".

Nombre del padre/tutor legal: _____ Parentesco: _____

Firma del paciente/tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del dentista/proveedor: _____ Fecha: _____

Firma del testigo/traductor: _____ Fecha: _____