



CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS DENTALES (PEDIÁTRICO) (PEDIATRIC CONSENT TO PERFORM DENTISTRY)

Nombre del Paciente: (Patient's Name)	DOB: (Fecha de nacimiento)	MRN:

Por la presente autorizo y ordeno a los dentistas y auxiliares dentales de su elección de Elica Health Centers (EHC), a realizar los siguientes tratamientos dentales:

- El uso de radiografías (rayos X) o ayudas de diagnóstico necesarias para el examen dental.
- Limpieza de dientes, tratamiento con flúor, restauraciones dentales, prótesis dentales, procedimiento(s) de cirugía oral, tratamiento de tejidos duros y/o blandos y referencias para especialidades dentales.

Entiendo que existen riesgos involucrados en estos tratamientos. Me han explicado los riesgos, el tratamiento, los métodos de tratamiento alternativos, si los hubiera, y las ventajas y desventajas. Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre el tratamiento y los riesgos y que entiendo plenamente los mismos.

Estoy de acuerdo con el uso aconsejable de anestesia local y óxido nitroso/analgesia realizado en mi hijo (o tutela legal). Entiendo y me han informado que existen posibles riesgos y complicaciones asociados con la administración de anestesia local y analgesia con óxido nitroso. Los más comunes son hinchazón, sangrado, dolor, náuseas, vómitos, hematomas, hormigueo y entumecimiento de los labios, encías, cara y lengua, reacciones alérgicas, hematoma (hinchazón o sangrado en o cerca del lugar de la inyección), desmayos, dolor de labios, y morderse las mejillas, lo que provoca ulceración e infección de la mucosa. También entiendo que existen riesgos potenciales poco frecuentes, como reacciones desfavorables a los medicamentos, colapso respiratorio y cardiovascular (detención de la respiración y función cardíaca) y falta de oxígeno al cerebro que podría provocar coma o muerte.

Entiendo que aunque se esperan buenos resultados, la posibilidad de complicaciones no se puede anticipar con precisión y no puede haber ninguna garantía, ya sea expresa o implícita, en cuanto a los resultados del tratamiento o la cura. Y durante el tratamiento, circunstancias imprevistas pueden requerir procedimientos adicionales o diferentes a los comentados. Autorizo y solicito la realización de cualquier procedimiento adicional que se considere necesario o deseable para mi salud y bienestar bucal a criterio profesional de los dentistas de EHC.

Soy consciente de que puede ser difícil realizar un tratamiento dental a un niño debido a la falta de cooperación que es común en niños muy pequeños, que son inmaduros, tienen discapacidades físicas y/o mentales, y tienen miedo y/o ansiedad. Por la presente autorizo el uso de un accesorio bucal y la asistencia de un auxiliar dental para sostener al niño, si, en opinión del médico, es necesario sujetar al niño durante el tratamiento por su seguridad.

Reconozco que he recibido de Elica Health Centers una copia de la **Hoja informativa sobre los materiales dentales**.

CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO COMPLETAMENTE ESTE DOCUMENTO Y TODAS MIS PREGUNTAS FUERON RESPONDIDAS.

Firma del Paciente / Tutor legal (Patient / Legal Guardian's Signature): _____ Fecha (Date): _____

Firma del Dentista / Proveedor (Provider / Dentist's Signature): _____ Fecha (Date): _____

Firma del Testigo / Traductor (Witness / Translator's Signature): _____ Fecha (Date): _____