

**Kids' Community Dental Clinic ~ INFORMATION DE CONSENTIMIENTO** Paciente: \_\_\_\_\_

Los profesionales médicos tienen la obligación de informar al posible paciente de cualquier información refiriéndose al procedimiento o tratamiento recomendado. Un consentimiento informado indica que usted ha recibido bastante información sobre el tratamiento considerado para su hijo/a, y que usted tomara una decisión personal considerando las alternativas, de los riesgos, y beneficios del tratamiento. Por favor lea la porción de abajo con mucho cuidado y háganos cualquier pregunta que usted quiera si no entiende algo, nosotros le explicaremos con más profundidad.

**1. DROGAS Y MEDICAMENTOS**

Comprendo que antibióticos y analgésicos y otras medicinas pueden causar reacciones alérgicas causando enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, picazón, vomito, y/o severa reacción alérgica. (Iniciales) \_\_\_\_\_

**2. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATEMIENTO**

Comprendo que es posible que durante se efectúa el tratamiento indicado, se juzgue necesario cambiar de procedimiento por razón de que al trabajar en los dientes el Dentista puede encontrar alguna condición que no fue descubierta durante la examinación. Doy mi permiso al Dentista para que haga esos cambios si es necesario. (Iniciales) \_\_\_\_\_

**3. ANESTESIA**

Reconozco que el riesgo involucrado al recibir la anestesia local, puede causar: parcial parálisis facial, inflamación de tejidos, daño al nervio y entumecer, reacciones adversas a las drogas que pueden causar ataque cardíaco. (Iniciales) \_\_\_\_\_

**4. EXTRACCION DE DIENTES**

Las alternativas de la extracción de los dientes de sus hijos han sido explicadas (Terapia para Tratamiento de Endodoncia, Coronas y Cirugía de las Encías, etc.) y autoriza al Dentista que saque los siguientes dientes: y cualquier otros que el juzgue necesarios bajo el Párrafo No.3 Comprendo que la extracción de los dientes no siempre resulta en la eliminación de la infección, y que un tratamiento adicional puede ser necesario. Comprendo que los riesgos involucrados en el removimiento de los dientes, puede causar: dolor, hinchazón, desarrollo de la infección, alveolo seco, perdida de sensación en los dientes, labios, lengua, y tejidos a su alrededor (parestesia) que pueden durar por un indefinido periodo de tiempo (días, meses,) o mandibular quebrada. Comprendo que es posible que pueda necesitar un tratamiento adicional de un especialista, y hasta hospitalización si es que resultan complicaciones durante o subsiguiente al tratamiento. (Iniciales) \_\_\_\_\_

**5. TRATAMIENTO ENDODONTICO Y PULPOTOMIA**

Comprendo que no existe ninguna garantía de que el tratamiento de conducto salvara el diente de mi hijo/a, y que el tratamiento puede causar complicaciones, y que existen ocasiones en las cuales objetos de metal son cementados en el dientes o extendidos por la raíz lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento, y que este tratamiento en veces requiere múltiple visitas y que puedo causar serio daño o perdida de diente o dientes implicados si no termino el tratamiento necesario. (Iniciales) \_\_\_\_\_

**6. PERDIDA EN LAS ENCIAS (TEJIDOS Y HUESOS)**

Comprendo que pueda ser una condición seria, la cual causa inflamación o perdida de las encías y huesos lo Cual puede causar la perdida de los dientes de mi hijo/a. (Iniciales) \_\_\_\_\_

Yo por la presente pido y autorizo a los dentistas, y higienista, que hagan el trabajo dental con el objeto de intentar a mejorar la apariencia, función, y la salud de la boca, dientes, tejidos de la manera explicada. El efecto y naturaleza del proceso llevarse a cabo, y los riesgos involucrados tanto como las alternativas de métodos de tratamiento que son posibles, se me han explicado. También autorizo al Dentista cirujano, y sus higienista, a que efectúen cualquier otro procedimiento que juzguen necesario o deseable al intentar a mejorar la condición como es descrita en el forma de tratamiento diagnóstico, que traten condiciones insalubres o imprevistas que puedan encontrar durante la operación. Sé que la práctica de Odontología y cirugía no son ciencias exactas y es por eso que las personas de buena reputación que ejercen esta profesión no pueden garantizar resultados. Reconozco que nadie me ha dado ninguna garantía o seguridad sobre el tratamiento que por medio de la presente pido y autorizo. Alternativas y posibles reacciones adversas se me han explicado detallada y claramente. Complicaciones como infecciones, hemorragias, y/o sangradura, cicatrices, dolor/punzadas, posibles deformidades, n tiempo de recuperación más largo de lo estimado, reacciones a cualquier droga antes, durante, o después de la cirugía: adormecimiento a picazón de la lengua, labios, dientes, tejidos (Parestesia), fractura de la mandíbula, etc. Se me han explicado claramente. (Iniciales) \_\_\_\_\_

YO CERTIFICO QUE HE LEIDO Y COMPRENDO TOTALMENTE EL CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO DENTAL DETALLADO ARRIBA Y LAS EXPLICACIONES QUE EN EL SE AHN REFERIDO. CUALQUIER COSA QUE NO HE ENTENDIDO SE ME HA SIDO EXPLICADA.

Firma: \_\_\_\_\_  
Padre o Representante

Fecha: \_\_\_\_\_

**Forma de reconocimiento para las citas canceladas o falladas**

\*\*\* Requiere la firma del padre o tutor a la hora de la entrevista\*\*\*

Entiendo que es mi responsabilidad guardar la cita de mi niño. Además entiendo que no puedo esperar que la clínica me de una llamada telefónica recordatoria la noche anterior. Si no puedo llegar a la cita asignada, notificaré la clínica 48 horas por adelantado. Si mi niño tiene 2 citas falladas o citas canceladas, entiendo que nos colocarán al final de la lista de espera (incluyendo la lista de espera ortodóntica, si es aplicable) y la clínica tiene la opción de no vernos o aceptarnos como pacientes.

También entiendo que el tratamiento recomendado para mi niño(s) se debe terminar enteramente de una manera oportuna, y que debo continuar a llegar a citas hasta que me digan que el tratamiento está terminado. También, el cuidado dental recibido en la Clínica Dental Para Niños de la Comunidad incluye el tratamiento dental preventivo rutinario, si no puedo terminar el tratamiento enteroprescrito para mi niño y si no puedo volver para los chequeos rutinarios cada 6 meses, la clínica tiene la opción para discontinuar el tratamiento.

Citas Múltiples para una Familia – somos felices acomodar a familias y darles más de una cita para sus niños a la misma hora. Sin embargo, si se les da más de una cita para más de un niño, todos los pacientes designados deben de llegar. Si la familia no trae a todos los pacientes designados a la cita, la política de la clínica será que no se le dará citas múltiples a esa familia.

He leído y entiendo la información arriba, y estoy de acuerdo con todas las políticas de la clínica.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*\*\*Cada padre que niño (o niños) esté recibiendo tratamiento en la Clínica Dental Para Niños de la Comunidad DEBE FIRMAR ESTA FORMA**

**Hoja de Datos de Materiales Dentales y Aviso de Prácticas de Privacidad**

He recibido una copia de la hoja de los datos de materiales dentales y aviso de prácticas de privacidad. Yo puedo preguntar de los materiales usados a cuál quiere tiempo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Autorización :**

**Permiso de Padres para Fotografías/ Video/ Publicidad- Autorización para usar fotografías y/o audio-video**

Yo, \_\_\_\_\_, padre o guardián de \_\_\_\_\_, doy permiso a la Clínica Dental de Niños para utilizar o publicar fotografías y/o video que podrá pertenecer a mí- incluyendo mis imágenes, semejanza y/o voz sin compensación. Yo entiendo que este material puede ser utilizado en varias publicaciones, lanzamientos de asuntos públicos, materiales de reclutamiento, difusión de publicidad de servicio público (PSAs) o otros esfuerzos relacionados.

Este material también puede aparecer en la página de internet de la Clínica Dental de Niños. Esta autorización es continua y no más se puede retirar con rescisión específica de esta autorización. Por consiguiente, la Clínica Dental de Niños puede publicar materiales, usar mi nombre, fotografía, y/o hacer referencia a mí de cualquier manera que la Clínica Dental de Niños vea apropiado en orden de promover/ publicar servicios de oportunidad.

Descripción de materiales (fotos/ audio-visual): Actualización anual/ reporte anual

Video y imágenes fijas incluye primer nombre, edad, condición de salud oral, resultados

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha