

## FORMULARIO DENTAL DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PADRES

(CHILD'S NAME)

(BIRTH DATE)

(SCHOOL)

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Recientemente su hijo/a, ha sido examinado/a por los dentistas del Oral Health Partnership, y necesita algunos cuidados dentales básicos. Esta forma le explicara cuales son los cuidados dentales que su hijo/a necesita y pide su permiso para proveer ese cuidado dental. En caso, que la forma no sea regresada, su hijo/a no recibirá los cuidados dentales restaurativos, además de cuidado de emergencia para aliviar el dolor inmediatamente. (Noten que, el consentimiento dental original, solamente permite el cuidado preventivo) Esta información solamente le ayudara a entender los tratamientos que su hijo/a necesita. Antes de a comenzar, la siguiente explicación del tratamiento es proveído para que usted esté muy bien informado y esté confiado de que desea proceder, con lo siguiente.

### Plan del Tratamiento (TREATMENT PLAN)

**Relleno de Diente (DENTAL FILLINGS):** \_\_\_\_\_ **Diente/Dientes**

Las caries, disuelven los dientes y en caso que no sean tratados, resultaran en dientes abscesos causando un gran dolor e infecciones. El dentista removerá las caries y la parte más frágil del diente y será remplazado por una aleación de plata o un diente de un material de color para fortalecer el diente. Una anestesia local será usado para "entumir/dormir" la área por 2 a 3 horas. En caso que, la área donde las caries permanecen está muy grande, podrá ser requerido una corona de acero inoxidable. Entiendo que los remplazos de los rellenos podrían hacer que los dientes afectados sean sensibles a las temperaturas calientes o frías y/o la presión por un periodo de tiempo extendido.

**Corona de Acero Inoxidable (STAINLESS STEEL CROWN):** \_\_\_\_\_ **Diente/Dientes**

Los dientes puede ser destruidos por las caries y/o un relleno no podrá mantenerse en su lugar. El diente es recortado alrededor de los lados y una corona o tapa es colocado sobre el diente para protegerlo de quebrarse. Con los rellenos, la área es usualmente tratado con una anestesia para ayudar al niño/a mantenerse cómodo/a por una a dos horas. La corona de acero inoxidable es de color plata. El diente y las ensillas podrán estar adoloridos después de remplazarlas por la corona de acero inoxidable. Usted, podría darle Tylenol y enjuagues de agua con sal tibia, como sea necesario. Por favor manténgalo/a lejos de dulces pegajosos, ya que podría quitar la corona.

**Tratamiento de Nervios o de pulpa (NERVE OR PULP TREATMENT):** \_\_\_\_\_ **Diente/Dientes**

Cuando las caries o infecciones han progresado demasiado, a tal punto que el tejido dentro del diente se ha infectado, el tejido infectado será parcial o total mente removido y un empaste especial será puesto para prevenir que la infección se extienda a otras partes de cuerpo. El tratamiento puede tomar hasta dos consultas en las cuales la anestesia será usada. Es posible sentir dolor o inflamación después del tratamiento, pero es usualmente menor. Antibióticos podrán ser usados para controlar posibles infecciones. Después del tratamiento, un empaste, o un relleno de corona de acero inoxidable será puesto para ayudar a fortalecer el diente y prevenir que se rompa.

**Sellantes (SEALANTS):** \_\_\_\_\_ **Diente/Dientes**

La muela tiene surcos muy profundos y hoyos en las cuales las caries comúnmente empiezan. El dentista o higienista sellara los surcos con una capa plástica para ayudar a prevenir que las caries de empieza. Para este tratamiento no se necesita anestesia.

**Extracción o remover el diente (EXTRACTION OR REMOVAL OF THE TOOTH):** \_\_\_\_\_ **Diente/Dientes**

Si la infección se ha propagado demasiado lejos para reconstruir el diente, es mejor remover el diente para prevenir que la infección se extienda. Después de "entumir" la área con anestesia, el diente será removido y se pone una gaza en su lugar. Al morder la gaza, usualmente para de sangrar. Después del tratamiento, surge dolor o inflamación y usualmente es menor. Por favor de no tomar bebidas que contengan acido por 48 horas, ejemplo; soda. También, no haga enjuagues vigorosos por 48 horas.

Entiendo que, si el paciente no es cooperativo durante los procedimientos dentales, con algún movimiento de la cabeza, brazos y/o piernas, el tratamiento dental no podrá ser seguramente proveído. Durante este comportamiento perturbadores, podría ser necesario que los asistentes ayuden a mantener las manos, estabilizarla cabeza y controlar de la piernas del paciente. Los procedimientos no podrán ser completados, si la cooperación y seguridad no se mantienen. Su hijo/a tendría que ser referido a un especialista, lo cual es la responsabilidad de usted.

Yo, entiendo que la administración del a anestesia local podría causar una reacción desfavorable de efectos secundarios, que incluyen, pero no se limitan a moretones, hematoma (una colección de sangre afuera de los vasos sanguíneos), la estimulación cardíaca y el dolor muscular o en raras ocasiones, entumecimiento permanente.

Yo, voluntariamente asumo todos los posibles riesgos, incluyendo los riesgos y daños mayores, el riesgo de considerable y serios riesgos mayores, en caso de que allá alguno, el cual puede ser asociado con prevenciones generales y tratamientos quirúrgicos esperando tener los resultados deseados, los cuales pueden o no ser alcanzados, para mi beneficio y el beneficio y protección de mi hijo/a.

Doy consentimiento sobre el plan de tratamiento en este documento, después de ser notificado sobre los tratamientos alternativos disponibles, los riesgos materiales del tratamiento que será utilizado y las consecuencias si este tratamiento es retenidos.

\*Si usted tiene alguna pregunta sobre el cuidado que necesita su hijo/a, por favor llame a la oficina al (920) 965-0831 y con gusto le contestaran sus preguntas.

Reconozco y doy fe de que tengo la autoridad legal suficiente, para dar la autorización y consentimiento de lo anterior, en el mejor interés del paciente. Además, esta autorización será válida por un año a partir de la fecha de la firma o la ejecución de este documento al menos que sea revocada por mí, por escrito. **POR FAVOR FIRME Y REGRESE EL DOCUMENTO INMEDIATAMENTE.**

Firma de padre o guardián legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_