

Nome do Paciente: _____ Nome do(a) Pai/ Mãe: _____

Abra Dental Serviços Odontológicos espera que a sua visita e da sua criança seja educacional e agradável. Conseqüentemente, nós pedimos que você leia estes consentimento e formulário com observação e com cuidado. Este formulário fornece informações em alguns dos procedimentos rotineiros que nós executamos. Se você não tem nenhuma pergunta ou dúvida nós pedimos que você complete o formulário e assinamos a parte inferior da página, dando o seu consentimento para executar os procedimentos listados se julgado necessários.

Coloque por favor um ao lado de cada caixa indicando que você compreende e consente o procedimento:

Consentimento para receber o Sedativo de oxigênio: Eu consinto e autorizo o doutor usar, se julgado necessário, o nitroso (gás hilarante) durante o tratamento de minha criança. O sedativo do óxido nitroso/oxigênio é uma técnica geralmente segura e eficaz reduzir ou eliminar a ansiedade e realçar uma comunicação eficaz. Seu início é rápido. A profundidade do sedativo é facilmente reversível, e a recuperação é rápida e completa. Adicionalmente, o dispositivo automático de entrada do óxido nitroso age como analgésico (que reduzem a dor).

Consentimento à imobilização: Eu compreendo e concordo que pode ser necessário para O doutor(a) usar uma placa do papoose (cobertor do abraço) e suportes de boca durante o procedimento dental para impedir ferimentos e permiti-lo(a) fornecer com segurança o tratamento necessário para minha criança.

Consentimento para receber o tratamento dental: Eu consinto e autorizo o doutor(a) e seu/seus empregados a examinar, limpar, e fornecer o tratamento dental para minha criança. Eu também consinto e autorizo a tomada de raios-X dentais, se considerado necessário pelo doutor(a) diagnosticar e/ou tratar minha criança. Eu permitirei que as fotografias sejam tomadas da minha criança e de seus dentes somente para finalidades diagnósticas ou educacionais. Eu igualmente consinto no uso de anestésicos tópicos e locais durante o tratamento. Embora seja extremamente raro a ocorrência, alguns riscos são conhecidos associados com o anestésico, incluindo mas não se limitado a: náusea, problemas de respiração, ou dano de cérebro. Eu também compreendo e aceito que, embora improvável, as complicações podem se estender, o que exigira a hospitalização.

Consentimento para extrair dente. Extração de dente é um processo irreversível. Rotineiro ou difícil é um procedimento cirúrgico. Como em qualquer cirurgia, existem alguns riscos. Incluem, mas não limitadas como: Inchaço e ou ferimento e incômodo na área da cirurgia; Possível infecção que exige tratamento adicional; Soquete seco; Dano possível aos dentes adjacentes. Amortecimento alterado nos dentes, nos lábios, na língua e no queixo; (A sensação retorna o mais frequente mente ao normal, mas em casos raros, a perda pode ser permanente); Sangramento (o sangramento exagerado (significativo) não é comum, mas um contínuo leve sangramento pode ser esperados por diversas horas); Os cumes ou as lascas afiadas do osso podem dar forma mais tarde borda do soquete (estes podem exigir uma outra cirurgia os alisar ou remover); Participação da cavidade: As raízes dos dentes traseiros superiores são frequentemente perto da cavidade e às vezes uma parte de raiz pode ser deslocada na cavidade, ou uma abertura pode ocorrer na boca que pode exigir o cuidado adicional; Fratura da maxila (e raro mas, ele for possível nos dentes difíceis ou profundamente impactados). A maioria de procedimentos são rotineiros e as complicações sérias não são esperadas. Aqueles, que ocorrem, são o mais frequentemente menores e podem ser tratadas.

Eu recebi uma cópia da política Abra Dental Pediatria e Odontologia e das informações de privacidade.

Eu desse modo indico que eu li e compreendi este consentimento e que todas as perguntas sobre os procedimentos estiveram respondidas em uma maneira satisfatória.

Se você foi negado um serviço odontológico para seu procedimento Medicaid, há um processo de apelação . Ao assinar abaixo, você concorda em renunciar a seus direitos a este processo de apelação .

Assinatura dos pais/guardião: _____ Date: _____