

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre de Padre/Madre: \_\_\_\_\_

Abra Dental servicio de Odontologo y Pediatra quiere que la visita de su crianca sea ambas plasente y educacional. Por lo cual queremos pedir que usted lea este **Formulario de Conocimiento** cuidadosamente. El proposito de este formulario es para informarte de algunas de las rutinas y procedimientos que ocurren aqui dentro. Si usted no tiene preguntas o dudas de los prosedimientos que estan escritos debajo, pedimos que por favor completa este formulario y firma debajo dandonos autorizacion para poder proceder con los procedimientos necesarios.

Por favor coloque una  dentro de las cajas indicando que usted entiende y da permiso a los siguientes procedimientos:

Consentimiento para recibir Oxigeno Sedatorio/Nitrous; Y o consiento y autorizo al doctor usar, si es necesario Nitrous( gas hirlariante) durante el tratamiento de mi hija/hijo. Gas de Nitogeno es una tecnica generalmente sugura para reducir y eliminar ansiedad y encrementar una comunicacion efectiva. Es muy rapido. La profundidad de la sedacion es facilmente reversible y la recuperacion es instante y completa. Adicionalmente, el uso de este gas elimina dolor y el instinto de arcadas.

Consentimiento para inmovilizar: Y o entiendo y estoy de acuerdo que es necesario que pueda hacemecesario que el doctor use una placa de papooso.( cubierta de abrazo) y objetos de boca durante el procedimiento dental para prevenir freimentos y para poder completar el tratamiento para el/ella seguramente.

Consentimiento para recibir tratamiento dental: Y o consiento y autorizo al doctor/y empleadas de la oficina para examinar. Limpiar y poder dar un tratamiento dental adecuado para mi hijo/hija. Tambien autorizo mas alla poder tomar X-rayos dentales, por lo cual pueden ser considerados necesarios por el doctor para diagnosticar y tratar a mi hija/hijo. Voy a autorizar que tomen fotografias de mi hija/hijo para poder diagnosticar o por hechos educacional. Tambien autorizo el uso tipico de anestesicos durante el tratamiento. Aunque esto ocurre con poca frecuencia, algunos riesgos son sabido con relacionados a algunos anestetico tambien incluye: nausea, problemas respiratorios, o dano mental. Entiendo y acepto eso, aunque es probablemente dificil de ocurrir que llege a requerir hospitalizacion.

Consentimiento para extrair diente. La extracion de un diente es irreversible y aunque la rutina fue dificil es un procedimiento cirugenico. Como toda cirugia hay riesgos. Esos riesgos incluyen pero no son limitados; Posible inflamacion; Soquete seco; Dano posible al diente; Adormesedimiento en diente, Qabio, lengua o pera; Sensacion normaramente vuelve apartir de unas cuantas horas); Sangramiento sangramiento exagerado no es comun pero si un sangramiento figo es regular por unas cuantas horas); Huesos con un filo( eso puede necesitar de otra cirugia para poder ser movido) Fractura de mandibula ( es muy incomun, pero puede ser posible en dientes muy impactantes).La mayoría de los procedimientos son rutinas y complicaciones no son esperadas. Esas que no ocurren pueden ser pequnas y tratadas a ningun extremo.

E recibido una copia de privacidad y informacion de Abra Dental Pediatric Dentistry. De el modo indicado e entendido y leido este Formulario de Conocimiento y todas las preguntas de las procedimientos han sido explicadas al modo de mi entendimiento.

Si se le negó un servicio dental para su procedimiento de Medicaid, hay un proceso de apelación. Al firmar a continuación usted se compromete a renunciar a sus derechos a este proceso de apelación .

Firma de Padres/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_