



# CONSENTIMIENTO PARA PEDIATRÍA DENTAL EVALUACIÓN -RAYOS X-TRATAMIENTO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Es su derecho, como padre, para entender los riesgos, beneficios y alternativas de tratamiento dental de su hijo, y de aceptar o rechazar el tratamiento ofrecido a su hijo.

Por favor, lea este formulario cuidadosamente y pregunte acerca de cualquier cosa que no entienda.

## EXAMEN

Cada niño es un individuo único por lo que no todos los niños requerirán el mismo trato de obtener un examen oral integral. Sobre la base de la edad de su hijo, los dientes presentes, y posición de los dientes. Dr. Jeremy Wittich determinará si las radiografías (rayos X) son necesarios. En general, el nombramiento examen también incluye la limpieza de los dientes y la aplicación de fluoruro tópico.

## TRATAMIENTO

Si su hijo debe necesitar tratamiento después del examen dental se ha completado, Dr. Jeremy Wittich revisará el tratamiento planificado con usted. Por favor, lea la siguiente información sobre el tratamiento dental en nuestra oficina.

- Es nuestra política que todas las opciones de tratamiento se explican a los padres (s), incluyendo alternativas de tratamiento, ventajas y desventajas de cada uno. Aunque se esperan buenos resultados, no es posible garantizar el éxito debido a la posibilidad de complicaciones.
- Los riesgos que se asocian en ocasiones con procedimientos de tratamiento dental incluyen: entumecimiento, hinchazón, sangrado, dolor, decoloración de los dientes, náusea, vómito, hiperventilación, desmayo, reacciones alérgicas e infecciones. En raras ocasiones pueden surgir complicaciones que requieren hospitalización.
- Estoy de acuerdo en permanecer dentro de las instalaciones de la oficina dental donde está siendo tratado a mi hijo.

Con mi firma autorizo **Children's Dentistry of Kyle** para exponer los rayos X con fines de diagnóstico y realizar un examen dental a mi hijo y yo reconozco que he revisado los posibles riesgos y complicaciones asociados con radiografías y exámenes dentales.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre / Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/ Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

For office use only/ Para uso de oficina solamente:

Treating Dentist/Dentista a cargo del tratamiento: **JEREMY WITTICH DDS**

\_\_\_\_\_  
Witness/Staff Signature-Testigo/Firma Personal