



# Centro de Salud Comunitario Serve the People (STP CHC)

## Consentimiento para Tratamiento de Prevención Dental

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Es su derecho como paciente o padre, entender los riesgos, beneficios y alternativas de su tratamiento dental y aceptar o rechazar el tratamiento que se le ofrece a usted. Por favor lea este formulario cuidadosamente y pregunte cualquier cosa que no entienda. Estaremos encantados responder sus preguntas.

**Examen Dental:** El examen dental de cada persona es individual y único, por lo tanto, no todas las personas requerirán el mismo tratamiento para obtener el examen oral completo. Dependiendo de su edad, los dientes presentes y posición del diente, el dentista determinara si son necesarias las radiografías (rayos x). El examen dental puede implicar la utilización de instrumentos para ver si la superficie de los dientes es frágil y es posible que el proceso del examen se pueda encontrar caries. A menos que se indique lo contrario, al firmar este formulario autorizo al personal de STP realizar un examen dental

Al checar la casilla de la derecha, declaro que me niego a un examen dental y entiendo las implicaciones de hacerlo

**Limpieza Dental:** La eliminación de placa, manchas y materiales sobre la superficie de los dientes debe hacerse periódicamente basado en el riesgo del paciente de contraer enfermedades dentales. Yo autorizo al personal dental para la limpieza dental. A menos que se indique lo contrario, al firmar este formulario autorizo al personal de STP realizar una limpieza dental

Al checar la casilla de la derecha, declaro que me niego a una limpieza dental y entiendo las implicaciones de hacerlo

**Radiografías:** La radiografía se utiliza para diagnosticar enfermedades orales y su tratamiento es determinado por la necesidad individual de cada persona. Los efectos de la radiación se suman con el tiempo y hacemos el esfuerzo para minimizar la radiación mediante el uso de la dosis más baja, usando delantales y collares de protección. Yo autorizo al personal dental para tomar radiografías dentales. A menos que se indique lo contrario, al firmar este formulario autorizo al personal de STP tomar radiografías.

Al checar la casilla de la derecha, declaro que me niego a la radiografías y entiendo las implicaciones de hacerlo

**Tratamiento de Fluoruro:** La AADP ha declarado que el fluoruro tópico es seguro y altamente efectivo en reducir el riesgo de caries y revertir la desmineralización del esmalte. Yo entiendo que la aplicación de fluoruro ayudara a fortalecer el esmalte de los dientes. A menos que se indique lo contrario, al firmar este formulario autorizo al personal de STP que me aplique fluoruro.

Al checar la casilla de la derecha, declaro que me niego al tratamiento de fluoruro y entiendo las implicaciones de hacerlo

**Selladores:** Los sellantes son una capa protectora que se aplica a las ranuras de los molares (muelas). A menos que se indique lo contrario, al firmar este formulario autorizo al personal de STP que me aplique selladores.

Al checar la casilla de la derecha, declaro que me niego a la aplicación de selladores y entiendo las implicaciones de hacerlo

**Cambios de Tratamiento:** Entiendo que durante el curso de tratamiento puede haber cambios o adiciones debido a condiciones encontradas una vez empezando el trabajo dental, los cuales no fueron encontrados durante el examen inicial. Siendo el más común la endodoncia después de restauraciones rutinarias. Al menos de que se indique lo contrario, al firmar este formulario autorizo al dentista hacer todos los cambios y adiciones necesarias, después de haberme informado y al estar yo de acuerdo con el costo de dichos cambios o adiciones.

Al checar la casilla de la derecha, declaro que me niego al cambio de tratamiento y entiendo las implicaciones de hacerlo

Por medio de la presente solicitud autorizo a los dentistas y su personal para que otorguen los servicios dentales necesarios a fin de mejorar la apariencia, función, y salud de la boca, dientes, hueso y tejido. Me han explicado ampliamente el afecto y naturaleza del proceso a llevarse a cabo, los riesgos involucrados, al igual que los métodos de tratamiento alternos. Yo entiendo que la odontología no es una ciencia exacta; y que por lo tanto ningún dentista podría garantizar completamente los resultados del tratamiento. Yo reconozco que ninguna garantía ha sido ofrecida por ninguna persona acerca del tratamiento dental, el cual yo he solicitado y he autorizado. Me han explicado las alternativas y reacciones posibles clara y detalladamente. También me explicaron sobre complicaciones tales como infección, hemorragia y/o sangrado, cicatrización, contracciones, posibles deformidades, prolongación en el periodo de recuperación, reacciones a cualquier droga o medicamento antes, durante y después del procedimiento, adormecimiento o comezón en la lengua, labio, dientes, tejidos (parestesia), fracturas de la quijada, etc.

**Al firmar a continuación, confirmo que he leído y entendido completamente la información anterior y que todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Doy mi consentimiento para el tratamiento dental propuesto.**

|  |   |
|--|---|
|  |   |
| <b>Nombre del Paciente / Padre / Tutor / Representante Legal</b> | <b>Si corresponde, relación con el paciente</b> |
|  |   |
| <b>Firma del Paciente / Padre / Tutor / Representante Legal</b>  | <b>Fecha (MM/DD/AAAA)</b>                       |