



Consentimiento Para Examen Y Tratamiento Dental

1. Entiendo que el equipo dental hará un examen oral a mí y proveerá el tratamiento dental necesario basado en los hallazgos del dentista. El tratamiento dental puede incluir limpieza, fluoruro, sellantes, radiografías, arreglo de caries, extracciones y opciones limitadas de sustitución como parciales con base de resina o prótesis dentales.
2. Entiendo que el tratamiento dental de emergencia puede ser limitado. Los procedimientos de emergencia se hacen generalmente para aliviar al paciente de hinchazón, sangrado, infección y heridas. Podría ser necesario que firme una forma de record de consentimiento si es referido a especialistas para continuar el cuidado dental.
3. Problemas pueden ocurrir. Entiendo que en el tratamiento dental hay riesgos, los cuales pueden incluir dolor/molestia, hinchazón, infección, sangrado, trauma a dientes o encías adyacentes, problemas con las articulaciones de la boca o el hueso de la quijada, adormecimiento, y reacciones alérgicas.
4. Se me ha dado la oportunidad de responder a mis preguntas y estoy de acuerdo en participar en el programa de la Clínica Dental de Adultos.
5. Si no cumplo con las responsabilidades mencionadas arriba, el Macon County Public Health se reserva el derecho de reprogramar la visita, referir a usted a otra oficina o despedirlo de la clínica dental.
6. No más de dos miembros de la familia se deben programar citas para tratamiento dental el mismo día. Es la responsabilidad del paciente de no faltar a ninguna de sus citas y de adherirse a la política establecidas como se indica en detalle en la forma políticas generales y clínicas de la clínica dental (pg. 4).

SIGN

Nombre del Paciente

Firma del Paciente/padre/guardián legal

SIGN

Parentesco/Relación con el Paciente

Fecha