

# Consentimiento Para Trabajo Dental / Menores De 18

## **EXAMEN Y RAYOS X**

Entiendo que la visita inicial puede requerir radiografías para completar el examen, el diagnóstico y el plan de tratamiento. Entiendo que debo hacer el trabajo como se detalla en el plan de tratamiento adjunto.

\_\_\_\_\_ **INICIALES**

## **MEDICAMENTOS**

A informado al dentista de cualquier alergia conocida; También he sido informado y entiendo que los antibióticos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando enrojecimiento hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómito y/o shock anafiláctico. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la eficacia de los anticonceptivos orales (píldoras anticonceptivas). El hecho de no tomar los medicamentos recetados para mí de la manera prescrita puede ofrecer riesgos de infección y dolor continuo o agravado y resistencia potencial de mi tratamiento. Entiendo todo el riesgo potencial por lo tanto es importante notificar a mi doctor de cualquier medicación actual que es tomada y/o alergias.

\_\_\_\_\_ **INICIALES**

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del doctor** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## **Padres con niños menores de 18 años**

- Los niños menores de 18 años deben ir acompañados por un padre o tutor a la oficina. Debe permanecer con su hijo durante la cita. No puede dejar a su hijo y dejarlo sin supervisión.
- La ley establece que no podemos tratarlos sin el permiso de un adulto responsable. Los niños menores de 18 años que vienen sin un padre o tutor no pueden ser vistos en ese día. \_\_\_\_\_ **Iniciales**

## **Arreglos de cuidado de niños**

- Debido a preocupaciones de seguridad, no podemos tener niños sin supervisión en la oficina. Por favor haga arreglos previos para la supervisión de sus hijos durante las visitas dentales. \_\_\_\_\_ **Iniciales**

SI ENTIENDE Y ACEPTA ESTA POLÍTICA, FIRME A CONTINUACIÓN. Gracias por su cooperación y comprensión en este asunto. Afortunadamente, todos podemos trabajar juntos para mejorar la disponibilidad de servicios dentales para todos nuestros pacientes.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_