



## Forma de Consentimiento

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**NOTA: Si el documento no esta firmado, el Doctor no tiene el consentimiento para hacer ninguno de los siguientes procedimientos en caso que sea necesario.**

**Esta es una lista de la clase de cuidado dental que su hijo(a) PODRIA recibir.**

**Antes de proceder con cualquier tratamiento el padre/guardian sera notificado de lo siguiente:**

- ❖ Exámenes
- ❖ Rellenos
- ❖ Sellantes
- ❖ Coronas
- ❖ Tratamiento de nervio, ó pulpotomía
- ❖ Tratamiento de Conductos
- ❖ Extraccion/ Sacado de muelas
- ❖ Oxido Nitroso y/ó Pre-medicaciones
- ❖ Rayos-x
- ❖ Espacedores
- ❖ Visitas por primera vez: Prophylaxis y aplicación de fluor
- ❖ Exámenes para Head Start/ Pre-School
- ❖ Aparatos contra los hábitos
- ❖ Laser
- ❖ Papoose board .
- ❖ Fotografias y toma de impresiones (Ortodoncia)

**Al firmar este documento, usted como padre o guardian autoriza al dentista proveer cualquiera de estos servicios al niño nombrado.**

**Nombre del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**

**Firma del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_**