

Consentimiento del Padre o Tutor Legal para el Tratamiento

Yo _____ autorizo a la facultad y estudiantes de higiene dental en la Clínica Dental de la
nombre del padre/tutor

Universidad del Sur de Indiana a proveer servicios dentales para el siguiente *individuo*: _____
nombre del paciente

Por favor, coloque sus iniciales junto a cada opción de tratamiento con la cual se sienta cómodo mientras el paciente esté bajo nuestro cuidado. Estos tratamientos pueden no ser brindados si el dentista encargado de atenderle no los considera necesarios.

____ **radiografías dentales:** imágenes digitales para identificar los patrones de crecimiento y enfermedades bucales.

____ **examen dental:** revisión por parte del dentista sobre el estado de las estructuras de la cabeza y cavidad bucal para identificar áreas de preocupación.

____ **desbridamiento de los dientes:** eliminación de depósitos duros y blandos en el diente (limpieza dental)

____ **láser dental:** terapia de luz para eliminar microorganismos en las encías o estimular la curación de lesiones herpéticas.

____ **selladores:** una capa delgada de plástico que se adhiere a las superficies de masticación de los dientes posteriores intentando prevenir la formación de caries.

____ **barniz de fluoruro de sodio:** un líquido aplicado directamente sobre el diente que libera flúor en el esmalte para reducir el riesgo de caries.

____ **fluoruro de Diamina de Plata:** un líquido antimicrobiano que endurece las caries para detener o retrasar su progresión.

**Por favor, firme el consentimiento informado sobre el fluoruro de diamina de plata además de sus iniciales en este formulario.*

Por favor, liste cualquier alergia incluyendo, pero sin limitarse a las nueces, colorantes, leche, etc. _____

firma del padre/tutor

fecha

relación con el paciente

El padre/tutor completa esta sección si el paciente es llevado a la Clínica Dental de USI por otra persona que no sea el padre o tutor o si nadie acompaña al paciente.

Escriba sus iniciales junto a uno de los siguientes:

____ Yo autorizo que el informe de tratamiento del paciente sea enviado a casa con la persona que trajo al paciente a la cita.

____ Yo no autorizo que el informe de tratamiento del paciente sea enviado a casa con el paciente. Me gustaría que se envíe por correo a la dirección del paciente.