

## CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN Y TRATAMIENTO DENTAL

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

1. Entiendo que el equipo dental hará un examen oral a mí o a mi hijo(a) y proveerá el tratamiento dental necesario basado en los hallazgos del dentista. El tratamiento dental puede incluir limpieza, fluoruro, sellantes, radiografías, arreglo de caries y extracciones y pulpotomias.
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 o golpes. Podría ser necesario el referido a especialistas o a otras facilidades.
  - a. Al firmar este consentimiento, autorizo a la Clínica Dental del Macon County Public Health Dental Clinic a revelar toda la información necesaria de mi expediente dental a otras facilidades, pero no limitado a especialistas dentales, ortodoncistas y centros de cuidado quirúrgicos para poder continuar el cuidado dental.
  - b. Al firmar este consentimiento, autorizo a la Clínica Dental del Macon County Public Health Center (MCPH Dental Clinic) a compartir copias de los Planes de Tratamiento e Itinerarios de Tratamiento con agencias como El Programa "Head Start", de MPP, Centros de Cuidado de Ancianos, Médicos y Departamento de Servicios Sociales de los cuales se reciba notificación por escrito para el propósito de coordinar el cuidado del paciente o la Participación en sus programas.
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 o autorizo a mi hijo(a) a participar en el programa de la Clínica Dental.
5. Se requiere que los padres permanezcan en el área de espera durante la mayoría de los procedimientos. En algunos casos el dentista o su equipo pedirá la presencia de los padres en el área de tratamiento. Es nuestra meta desarrollar el buen comportamiento y la confianza del paciente en los miembros del equipo dental. La experiencia nos indica que la mejor manera de hacerlo es cuando los padres esperan afuera.
6. Entiendo que cuando mi hijo(a) no puede o no mantiene su cabeza, brazos y piernas inmóviles durante un procedimiento dental, el mismo no puede darse de una manera segura. Se le motivará al niño(a) a mantenerse quieto y se le explicará lo que el dentista va a hacer. Si el(la) niño(a) no es capaz de sentarse quieto, se le recomendará a los padres a traerlo de nuevo en 6 meses a 1 año. Si el paciente tiene una emergencia y no se muestra cooperador, será referido a otro centro de cuidado.
7. Entiendo que la clínica dental es para niños y adultos que son elegibles a través de los seguros de Medicaid y NC Health Choice. Se requiere que nos notifique inmediatamente cuando haya cambios en su cubierta de seguro. **Entiendo que si me he beneficiado de los servicios prestados y no soy elegible para Medicaid o NC Health Choice en el momento del mismo, me Haré responsable de cualesquiera gastos incurridos durante esa visita.**
8. Autorizo a revelar cualquier información dental necesaria para procesar las facturas al seguro. Autorizo los pagos de los beneficios dentales a nombre de Macon County Public Health .
9. Si no cumpla con las responsabilidades mencionadas arriba, el Macon County Public Health se reserva el derecho de reprogramar la visita, referir al paciente a otra oficina o despedir al paciente de la clínica dental.
10. No más de dos miembros de la familia se deben programar para tratamiento dental el mismo día. Es la responsabilidad del paciente de no faltar a ninguna de sus citas o, de cancelar alguna cita, hacerlo con tiempo. Se espera que los pacientes lleguen a tiempo para su cita programada. Pacientes que lleguen luego de diez minutos de la hora programada serán tratados como ausentes. Si el paciente falta a dos citas seguidas sin cancelar/reprogramar la cita, el mismo no será visto de nuevo en la Clínica Dental del Macon County Public Health .
11. En el evento que mi niño necesite extracción de uno de los dientes primarios (de leche), doy mi consentimiento para extraer estos dientes . \_\_\_\_\_SI \_\_\_\_\_NO.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (Padre/Encargado-menor de 18)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Parentesco/Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente