

Fundación Móvil Care Consentimiento De Dental

312-543-5693

Escuela: _____

Profesor: _____ Grado _____

El estado requiere que obtengamos su consentimiento para el tratamiento dental de su hijo/a o por la cirugía oral. **Por favor, lea este formulario y pregunte acerca de cualquier cosa que usted no entienda.** Estaremos encantados de explicarlo. Yo autorizo y directo la Fundación Móvil CARE dentistas y / o empleados dentales para realizar sobre mi hijo/a (o guardián legal para la cual estoy autorizado) el siguiente tratamiento dental o cirugía oral:

Si, Me gustaría que mi hijo/a reciba **TODOS SERVICIOS** ofrecidos en su escuela. Esto incluye examen dental, limpieza, tratamiento de fluoruro, selladores.

No, Mi hijo/a recibe cuidado dental regular. Yo **NO DESO** que mi hijo participe en este programa (Le animamos a quedarse con su dentista de la familia si tiene uno)

Sí **No** Doy mi consentimiento de fotografía y/o video de mi hijo/a durante la visita para uso de literatura y dental, científico, o propósito educacional, la identidad de mi hijo/a no será revelada.

Información del Paciente

Nombre de su hijo/a _____

Género: Masculino Femenino Edad _____ Fecha de nacimiento _____

¿Tiene la custodia legal de este niño/a? Si No **Si NO, Para!**
Consentimiento debe ser completado por el padre o guardián legal

Nombre de padre/guardián _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de día _____ Celular _____ Teléfono del trabajo _____

¿Tiene su hijo/a aseguranza publica(medicaid)? Si No Si, **Numero de I D** _____

Historial Dental

¿Su hijo/a ha visitado alguna dentista? Si No

¿Tiene su hijo/a un dentista de familia? Si No Si El nombre de dentista y ciudad _____

¿Su hijo/a ha estado en el dentista en los últimos 12 meses? Si No ¿Si, Cuando? _____

¿Qué servicios fueron? _____

¿Tiene su hijo/a algunos problemas/quejas dentales?

¿Su hijo/a ha sido informado por un medico debido a una condición médica que necesita tomar un antibiótico antes de su tratamiento dental? Si No Si, por favor explique _____

Historial medico

Nombre de medico _____ Ciudad/Estado _____ Teléfono _____

¿Su hijo/a esta bajo del cuidado de un medico? Si No ¿Ha sido hospitalizado? Si No

Si, por favor explica _____ Si, por favor explica _____

¿Su hijo/a recibe cualquier medicamento? Si No ¿Ha tenido una cirugía? Si No Si, ¿por qué? _____

Si, lista los medicamentos, incluyendo medicina sin receta o herbal : _____

Su hijo/a es alérgico a cualquier alimento, medicamentos, alérgenos ambientales o de otros? Si No

Por favor liste alergias conocidas

¿Ha tenido su hijo/a cualquiera historia de o dificultad con cualquiera de los siguientes? Si, por favor, circule

SIDA/VIH	Parálisis Cerebral	Soplo cardiaco	Salud Mental	Tumores/Crecimientos
ADD/ADHD	Trastornos cognitivos	Enfermedades del corazón	Embarazo	Trastornos Mentales
Anemia	Trastornos del comunicación	Hemofilia	Problemas de Audición	Cáncer
Diabetes	Discapacidades del Desarrollo	Hepatitis	Fiebre Reumática	Tuberculosis
Asma	Válvulas cardiacas artificiales	Implantes	Reumatismo/Artritis	Transfusiones de sangre
Donantes de órganos	Trastornos del comportamiento	Enfermedades intestinales	Convulsiones	Epilepsia
Abuso de Alcohol/drogas	Enfermedad de la sangre	Reemplazo de la articulación	Anemia Drepanocitica	Alergia al látex
Presión Arterial Alta	Trastornos Emocionales	Enfermedad Renal	Enfermedad del estomago	Enfermedad del hígado
Presión Arterial Baja	Enfermedad Respiratoria	Desmayos	Enfermedades de transmisión sexual	

Otro: _____

Información de Emergencia

En caso de emergencia quien debemos comunicarnos con (aparte de ti mismo)?

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Consentimiento y Autorización

Aunque su ocurrencia no es frecuente , algunos riesgos y complicaciones se sabe que están asociados con procedimientos de cirugía dentales o orales. Las complicaciones más comunes asociados con el tratamiento dental pediátrico incluyen náuseas después de la administración tópica de fluoruro, morder o herir a su lengua o el labio después de la administración de la anestesia local. Menos complicaciones incluyen el riesgo de entumecimiento , infección , inflamación , sangrado prolongado , decoloración, vómitos, reacciones alérgicas , la deglución o aspiración de una corona de un diente extraído o gasas ; lesión en la lengua y / o de los labios , y daños a la posible pérdida de los dientes existentes y / o restauraciones (rellenos), lesión a los nervios cerca del sitio de tratamiento y fractura de una raíz de diente que puede requerir cirugía adicional para su eliminación. Para los niños con enfermedades del corazón, el riesgo de endocarditis bacteriana (infección cabeza) después del tratamiento dental existe ; Por lo tanto, los antibióticos se prescriben antes y después del tratamiento , para minimizar el riesgo .

Por la presente declaro que he leído y entiendo esta forma de consentimiento , que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas que pueda tener y que todas las preguntas sobre el procedimiento (s) han sido respondidas de manera satisfactoria , y además entiendo que tengo el derecho a recibir respuestas a las preguntas que puedan surgir durante el curso del tratamiento de mi hijo/a . Al firmar este formulario consiento y autorizo a los médicos de la Fundación de Móvil CARE de proporcionar tratamiento dental de mi hijo/a.

Firma del Padre/Guardian _____ **Fecha** _____

ESTE CONSENTIMIENTO ES VALIDO POR UN PERIODO DE UN AÑO DESDE LA FECHA DE FIRMA