

SAVANNAH VOLUNTEER DENTAL CLINIC

DENTAL TREATMENT CONSENT FORM

Nuestro objetivo principal al tratarlo es para proveer un cuidado optimo utilizando tratamientos preventivos y restauradores para garantizar la salud dental y el funcionamiento correcto con los recursos disponibles. Solicitamos su permiso para realizar limpiezas de rutina, rayos x, aplicaciones de fluor y tratamientos necesarios.

Aunque nuestro objetivo es ofrecer la mejor salud oral para su nino, hay algunos ligeros riesgos involucrados en el logro de ese objetivo. En muy raras ocasiones, el tratamiento dental puede estar asociada con entumecimiento, dolor, deloloracion, sangrado o hinchazon. Ignorar un problema dental conocidas supera ampliamente a la ligera los riesgos. No tratamiento de los problemas dentales pueden provocar infecciones, abscesos, y dolor e hichazon.

He leído y entendido esta informacion. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y no tengo derecho a recibir respuestas a las preguntas que puedan surgir durante el transcurso de mi tratamiento del nino. Ademas, entiendo que soy libre de retirar mi consentimiento para el tratamiento en cualquier momento, y que este acuerdo permanecera en vigor hasta el momento en que hago conocer para terminario.

Nombre del paciente

Nombre impreso de paciente

Fecha