



**INFORMED CONSENT SHEET**

Patient's Name \_\_\_\_\_ D.O.B. \_\_\_\_\_

Parent or Legal Guardian's name \_\_\_\_\_

**PROPOSED TREATMENT**

Exam \_\_\_\_\_ Bwx \_\_\_\_\_ Pa's \_\_\_\_\_

Prophy \_\_\_\_\_ Fl \_\_\_\_\_ Pan \_\_\_\_\_

Anesthesia \_\_\_\_\_ (intl.) \_\_\_\_\_

Fillings \_\_\_\_\_ (intl.) \_\_\_\_\_

Sealant \_\_\_\_\_ (intl.) \_\_\_\_\_

Extractions \_\_\_\_\_ (intl.) \_\_\_\_\_

Crowns \_\_\_\_\_ (intl.) \_\_\_\_\_

Pulp Therapy and Treatment \_\_\_\_\_ (intl.) \_\_\_\_\_

Space Maintenance \_\_\_\_\_ (intl.) \_\_\_\_\_

Additional procedure \_\_\_\_\_

I hereby consent to the use of reasonable force to stabilize my child, so that examination and treatment may be performed. If treatment cannot be performed due to the cooperation of child and/or parent during scheduled procedure time, I can be charged and office visit fee of thirty-five dollars (\$35.00).  
(intl.) \_\_\_\_\_

I understand that antibiotics and analgesics and other medications can cause allergic reactions, causing redness and swelling of tissues, pain, itching, vomiting and/or anaphylactic shock. (severe allergic reactions)  
(intl.) \_\_\_\_\_

**CHANGES IN TREATMENT PLAN**

I understand that during treatment it may be necessary to change and/or add procedures because of conditions found while working on the teeth the are discovered during examination. If this occurs, I will be informed of changes to treatment before it is performed.  
(intl.) \_\_\_\_\_

I understand that dentistry is not an exact science and that reputable practitioners cannot guarantee results. I acknowledge that no guarantee or assurance has been made by anyone regarding the dental treatment that I have requested or authorized.  
(intl.) \_\_\_\_\_

Parent or Legal Guardian's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Witness \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



**HOJA DE INFORMACION DE CONSENTIMIENTO**

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

Nombre del Guardián Legal/Padres: \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO PROPUESTO**

Exámen _____	Radiografías (Bitewings) _____	Radiografías (Periapicales) _____
Limpieza Dental _____	Fluoruro _____	Radiografía Panorámica _____
Anestesia _____	Iniciales _____	
Rellenos (Empastes) _____		Iniciales _____
Sellantes _____		Iniciales _____
Extracciones _____		Iniciales _____
Coronas _____		Iniciales _____
Tratamientos y Terapias Pulpares _____		Iniciales _____
Mantenedores de Espacio _____		Iniciales _____
Procedimientos Adicionales _____		Iniciales _____

Yo concedo el uso de fuerza razonable para estabilizar a mi niño, de modo que el exámen y tratamiento puedan ser realizados. Si el tratamiento no puede ser realizado debido a la cooperación del niño y/o del padre durante el horario programado, Yo recibiré el cobro de "Visita de Oficina" de treinta y cinco dólares (\$35.00).  
 Iniciales \_\_\_\_\_

Yo comprendo que antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas, causando enrojecimiento e hinchazón de tejidos bucales, dolor, picazón, vómito y/o shock anafiláctico (reacción alérgica severa).  
 Iniciales \_\_\_\_\_

**CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO**

Yo comprendo que durante el tratamiento puede ser necesario cobrar y/o añadir procedimientos debido a las condiciones encontradas mientras se trabaja en los dientes y descubiertas al momento del exámen. Si esto ocurre, Yo seré informado de los cambios del tratamiento antes de ser realizado/s. Iniciales \_\_\_\_\_

Yo comprendo que la Odontología no es una ciencia exacta y que los practicantes no pueden garantizar resultados. Yo comprendo que no existe garantía o seguridad por parte de nadie, con respecto al tratamiento dental que yo he solicitado o autorizado. Iniciales \_\_\_\_\_

Firma del Guardián Legal/Padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_