

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DENTAL PEDIÁTRICO

Por favor, lea atentamente la siguiente información y firme donde se indica.
Su firma confirma que comprende y acepta esta información.

Atención Integral

La Clínica de Especialidades en Odontología Pediátrica de OU está comprometida a servir como hogar dental para bebés, niños, adolescentes y pacientes con necesidades especiales de atención médica, asegurando una atención dental segura, culturalmente sensible, individualizada, integral, continua, accesible, coordinada, compasiva y centrada en el paciente, independientemente de su raza, etnia, religión, identidad sexual o de género, estado médico o estructura familiar. Queremos asegurarnos de que esté bien informado sobre los procedimientos de tratamiento, los beneficios y riesgos esperados, las alternativas, las consecuencias de no recibir tratamiento y los costos del tratamiento para que tenga la confianza de continuar con el cuidado dental de su hijo.

Tratamientos Dentales Preventivos

La base para una vida de bienestar dental es el cuidado dental preventivo. La atención dental preventiva implica una evaluación por parte del proveedor de los antecedentes médicos y dentales del paciente, una evaluación de la condición bucal que incluye examen y radiografías, una evaluación del riesgo de caries, una evaluación del riesgo periodontal (enfermedad de las encías), profilaxis dental (limpieza dental), aplicación y/o prescripción de flúor, selladores protectores, instrucciones de higiene bucal y asesamiento nutricional.

Tratamientos Dentales Restauradores

El objetivo del cuidado dental restaurador es 1) la eliminación de la caries dental (caries/caries dental) y 2) la restauración de la forma y la función utilizando materiales que sean biocompatibles y adecuados para la condición de los dientes. Con base en el hallazgo de nuestra evaluación dental exhaustiva, se desarrollará un plan de tratamiento restaurador individualizado para su hijo.

Los riesgos pueden incluir:

- Sensibilidad dental
- Lesión de un nervio o de un tejido blando
- Reacciones alérgicas o adversas a los materiales dentales
- Deglución o aspiración accidental de materiales dentales

Alternativas:

- Terapias dentales no invasivas (por ejemplo, fluoruro de plata diamina, restauraciones terapéuticas provisionales)
- Extracción dental
- Ningún tratamiento

Consecuencias de no recibir tratamiento:

- Progresión de la caries dental (caries dental) que puede provocar dolor, hinchazón, infección y/o pérdida de dientes

Anestesia local

Para muchos procedimientos dentales, el entumecimiento temporal se logra mediante la inyección de un anestésico local. Nuestras técnicas son muy amigables para los niños y permiten tratamientos dentales seguros y cómodos.

Los riesgos pueden incluir:

- Molestias en el lugar de la inyección
- Entumecimiento prolongado (raro) o permanente (raro)
- Alergia (extremadamente rara) o una reacción adversa (rara) al anestésico
- Posibles interacciones con medicamentos recetados y de venta libre, incluidos suplementos y Drogas ilícitas

Alternativas:

- Sin anestésico
- Gel anestésico tópico
- Óxido nitroso (gas de la risa)

Consecuencias de no recibir tratamiento:

- Molestias de diversos grados durante el tratamiento

Entorno de tratamiento

Para brindar una atención dental integral de manera segura y eficaz a su hijo, podemos recomendar óxido nitroso (gas de la risa), estabilización protectora, sedación o anestesia general. Estas opciones se discutirán con usted antes del tratamiento y se lograrán los consentimientos individuales.

Confirmación, reconocimiento y consentimiento del paciente:

Confirmando que he leído y entiendo completamente el tratamiento que se ha recomendado, así como los riesgos, beneficios, alternativas y consecuencias de no recibir tratamiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre el tratamiento y mis preguntas han sido respondidas completa y satisfactoriamente. Reconozco que no se me han dado garantías ni seguridades con respecto a los resultados del tratamiento que yo/mi hijo recibiré como paciente en la Facultad de Odontología. Mi firma verifica mi consentimiento para el tratamiento recomendado.

Durante el proceso de admisión, así como durante el curso del tratamiento, proporcionaré un historial médico preciso, incluidos los medicamentos recetados y de venta libre, para mi hijo.

Firma del paciente o del padre o madre/tutor

Fecha (mes/día/año)

Firma del dentista

Fecha (mes/día/año)

Firma de testigo

Fecha (mes/día/año)