



## CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial segundo nombre \_\_\_\_\_

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

Otorgo mi consentimiento para que yo/mi hijo reciba tratamiento odontológico considerado necesario por los proveedores de Tri-County Community Action Agency. Estos procedimientos incluyen, entre otros, exámenes, profilaxis oral (limpiezas), tratamientos con flúor, selladores, restauraciones (amalgamas o rellenos compuestos y coronas), tratamientos periodontales (encías), tratamientos endodónticos (tratamientos de conducto), extracciones y el uso de anestesia local. Comprendo que el uso de anestesia local implica un riesgo leve de inflamación, hematomas, reacción alérgica, cambios en la percepción del dolor o efecto prolongado de la anestesia.

***Este consentimiento se considerará vigente hasta que sea rescindido o revocado por escrito.***

***Debe completar la siguiente sección en el caso de pacientes de menos de 18 años de edad. Solamente pueden completarla el padre, la madre o el tutor legal.***

Afirmo ser el padre, la madre o el tutor legal del niño menor de edad antes mencionado. Si no puedo acompañar al niño, otorgo permiso a la persona nombrada a continuación para acudir con mi hijo para la realización de los tratamientos odontológicos. Comprendo que solamente las personas cuyos nombres proporcione tienen permiso para acompañar al paciente menor de edad.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

- ❖ Tenga en cuenta que solo los padres o tutores legales pueden acompañar al paciente menor para los procedimientos de consentimiento requeridos

***Este consentimiento se considerará vigente hasta que sea rescindido o revocado por escrito.***

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre, madre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha