

## **Douglas Dental, LLC**

855 Cochise Ave  
Douglas, AZ 85607  
(520) 364-3361

### **Forma de Consentimiento para Tratamiento Dental Pediatrico**

Yo entiendo que el dentista y los asistentes dentales pueden tartar a mi hijo/hija para los siguientes procedimientos dentales, los cuales pueden ser necesarios para su tratamiento dental. Yo tambien entiendo que me explicaran la razon por la cual se requiere el tratamiento, pero de igual manera entiendo que los procedimientos normales de la cita inicial pueden incluir un examen compresivo o limitado, limpieza dental, aplicacion de fluoruro, sellantes, y radiografias cuanto sea necesario. Sin embargo, esto es conforme a cambio dependiendo a numerosos factores que pueden incluir el trabajo requerido y el tiempo.

En terminus generales, los procedimientos que su hijo/hija puede requerir inclyen:

- A. Aplicacion de sellantes
- B. Endodoncia (de dientes permanentes) Pulpotomia (de dientes primarios)
- C. Coronas de procelana o de acero inoxidable
- D. Restoracion de dientes quebrados o rellenos
- E. Tratamiento de dientes o encillas infectadas
- F. Extraccion de uno o varios dientes
- G. Uso de soportes para realizar con seguridad los procedimientos dentals, necesarios
- H. Uso de oxido de nitroso como ayuda para realizar con seguridad los procedimientos dentales,
- I. Use of local anesthetics, oral anesthesia or oral sedatives as needed

My child's treatment, alternative methods of treatment, as well as the advantages and disadvantages of each will be explained to me. We will advise you that although the best results are expected, there is no way within reason, of anticipating complications. Therefore, it is not possible to guarantee the results of the treatment. Although the occurrence is remote, it is known that some risks are associated with dental procedures. I understand and accept that certain complications may be fatal or require medical intervention.

---

Parent or Guardian's Signature

---

Date