



2301 E. Allegheny Ave, Suite 120, Philadelphia, Pa 19134
T: 267-639-6250 | F: 267-639-6270
www.specialsmilesld.com

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL INTEGRAL

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ FECHA DE LA CIRUGÍA ____ / ____ / ____

La filosofía de nuestra práctica dental es preservar toda la dentición (conjunto de dientes) de nuestros pacientes. Reconocemos la importancia de mantener todos los dientes para apoyar la apariencia, la función y los hábitos bucales generales de nuestros pacientes. Elegimos las opciones de tratamiento que sean la mejor opción para cada enfermedad o condición bucal particular que pueda tener un paciente. Nuestra selección de tratamientos promueve la salud general y a largo plazo del paciente. Lo animamos a que se ponga en contacto con nosotros para hablar con uno de nuestros dentistas antes de la cita del paciente si tiene alguna pregunta.

Autorizo al (los) dentista(s) de Special Smiles, Ltd a brindar rehabilitación oral integral para el paciente mencionado anteriormente. Entiendo que el tratamiento dental puede incluir, entre otros, los siguientes tratamientos: examen completo, serie de radiografías de boca completa, fotografías clínicas para mantenimiento de registros y fines de enseñanza, limpieza, raspado periodontal y alisado radicular, tratamiento con flúor, cirugía periodontal menor, escisión de tejido blando y biopsia de lesiones, restauraciones dentales de amalgama y resinas compuestas, coronas de acero inoxidable, extracciones y tratamiento de conducto radicular limitado.

Entiendo que Special Smiles, Ltd. es un locatario autorizado de Commonwealth Campus y que Temple University Hospital no proporciona ningún servicio.

RECONOCIMIENTO

Por la presente, reconozco que he leído y comprendido este consentimiento y que todas las preguntas sobre el tratamiento dental propuesto han sido respondidas de manera satisfactoria. Entiendo que Special Smiles, Ltd es un entorno educativo. Como tal, los dentistas en residencia pueden participar/asistir al tratamiento dental bajo la supervisión de un dentista del personal. Entiendo además que este formulario de consentimiento no es válido si se modifica, pero que tengo derecho a que se me proporcionen respuestas a las preguntas que puedan surgir durante el transcurso del tratamiento.

También se me ha informado que, mediante una llamada a la oficina principal de Special Smiles, Ltd. al 267-639-6250, puedo programar una reunión telefónica con uno de los dentistas para hacerle cualquier pregunta que pueda tener sobre el tratamiento propuesto, cualquier método alternativo de tratamiento, los riesgos asociados y los posibles resultados de no recibir dicho tratamiento.

Además, reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer las preguntas que pudiera tener sobre el tratamiento propuesto, cualquier método alternativo de tratamiento y los riesgos asociados, y que se me ha proporcionado toda la información que he solicitado.

Se ha proporcionado al paciente (o al representante del paciente) una copia de la Hoja informativa del Departamento de Salud Pública de Filadelfia sobre los empastes dentales de amalgama y se han respondido todas las preguntas, si las hubiera.

Certifico que soy el tutor legal del paciente mencionado anteriormente o que de otra manera he sido facultado para dar consentimiento en nombre del paciente. El consentimiento para la atención dental permanecerá vigente durante 90 días a partir de la fecha de firma a menos que yo lo rescinda antes.

Nombre del padre, madre o tutor (escriba el nombre completo en imprenta)

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

Relación con el paciente

Número de teléfono del tutor legal