



Edward E. Dove, D.D.S. PC

Pediatric Dentist Specialist

3130 Union Avenue • Bakersfield, CA 93305
(661) 872-2170 • Fax (661) 872-9257

20523 Devonshire Street • Chatsworth, CA 91311
(818) 773-0911 • Fax (818) 773-9720

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

1. Yo padre / apoderado legal de _____ autorizo a los Dr. Dove completar el tratamio dental que fue explicado por el Dr. Dove.
2. El procedimiento(s) necesario(s) para tratar la condición (es se me ha explicado y entiendo la naturaleza de dicho procedimiento(s).
3. Se me ha informado la posibilidad de alternar metodos de tratamiento (si alguno), incluyendo no tratamiento y los riesgos. Ademas entiendo que dicho procedimiento hes electivo y otras formas de tratamiento o no tratamiento son mi elección. El proposito de dicho tratamiento hes mejorar la salud dental y prevenir problemas potenciales.
4. Los Dr. Dove / su personal me ha explicado que hay la posibilidad de ciertos riesgos inherentes en cualesquier plan de tratamineto o procedimiento, y que dichos riesgos incluyen pero no se limitan a lo siguiente;
 - a. Posible malestar e inchazón despues del tratamiento.
 - b. Posibilidad de rnorderce el labio y la lengua cuando esta anesteciado, causando malestar e inchazÃ3n
 - c. La posibilidad de estrechar y cortar el labio.
 - d. Al sacar un diente la posibilidad de decidir dejar un pegueño pedazo de la raiz del diente en la quijado, o si al remover el pedazo de la raiz requiere cirujia.
 - e. La posibilidad de sangrar prolongadamente despues de una extracción
 - f. La posibilidad de dañar los dientes o restoraciones adjuntas durante el procedimiento.
5. Se me ha explicado que durante el curso del procedimiento condiciones imprevistas se puedan revelar y pueda haver la necesidad de una extención o diferente procedimiento, por lo tanto autorizo a los Drs. ejercer su decición profecional como sea necesario. Esta autorización se extiende al tratamiento de toda condición que requiera tratamiento y no se alla discutido antes.
6. Doy consentimiento a la administración de oxigeno nitroso y analgecia local en conecxi3n con el procedimiento descrito antes.
7. Se me ha explicado y entiendo que no hay garantia de un resultado perfecto.
8. Certifico que leo y escribo español y que he leído y entiendo por comleto este consentimiento.
9. Por favor pregunte al doctor si tiene alguna pregunta refernte a este consentimiento antes de firmar.

PADRE O APODERADO LEGAL

FECHA

TESTIGO (DOCTOR / PERSONAL)

FECHA