



MAGIC SMILES DENTAL CARE FOR KIDS
"Giving Little Kids Big Smiles"
Phoenix, Arizona 85016
602-253-6600

FORMA DE OPCIÓN DE TRATAMIENTO PATERNAL

IMPRIMA el Nombre de Paciente: _____

En Sonrisas Mágicas el Cuidado Dental para Niños estamos preocupados con asegurarse que los Padres/Guardas de nuestros Pacientes infantiles hacen las opciones de tratamiento con las que ellos son cómodos, y es clínicamente apropiado.

Algunos de nuestros Pacientes infantiles necesitan el cuidado especial y/o procedimientos para asegurar que el tratamiento que ellos necesitan será capaz de serles entregado con eficacia y seguramente.

Si su niño necesita el cuidado especial y/o procedimientos (por ejemplo debido a la inhabilidad de sostener todavía durante el tratamiento), tenemos cuatro opciones disponibles para usted para escoger de. Por favor seleccione la opción debajo la cual usted es cómodo con.

La primera opción (**PAPOOSE**) es una manta de seguridad para el niño. Si usted escoge esta opción, su niño puede ser colocado en esta manta de seguridad para la duración del tratamiento. La manta de seguridad es una tabla{*un bordo*} plástica con el paño y los abrigos de Velcro que guardarán{*mantendrán*} a su niño de improviso sacudir o dar vuelta durante el tratamiento. Este abrigo sostiene la cabeza y se abriga las armas{*los brazos*} y piernas bien en la manta. Si usted escoge esta opción, el niño puede ser capaz de recibir el tratamiento durante el mismo día.

La segunda opción (**la SEDACIÓN ORAL CONSCIENTE**) implica el dar a una medicación infantil oral que va a calmante (tranquilizar) a su niño antes del tratamiento. Es llamado la sedación oral "consciente" porque la sedación no es completa y no inducen al niño a dormir. Si usted escoge esta opción, usted tendrá que programar una cita separada para el tratamiento de su niño. Además, su niño no podra de comer o beber algo el día de la cita, y observará otras restricciones.

La tercera opción (**I.V. La ANESTESIA DE SEDACIÓN/GENERAL**) implica la referencia de su niño a un dentista que es licenciado para realizar sedaciones intravenosas en un Centro Quirúrgico o el ajuste de Hospital. Su niño sería sedated completamente y se haría inconsciente durante el procedimiento. Proveeremos de usted de la información de contacto para un dentista local que puede o no poder aceptar a nuevos pacientes, pero realmente acepta su plan de seguros.

La cuarta opción (**NINGÚN TRATAMIENTO**) implica el no trato de su niño en absoluto. Si usted escoge esta opción, la condición dental de su niño empeorará con el tiempo, y las cavidades probablemente eventualmente conducirán a la cavidad llenada por minino (abscessed el diente), el dolor, el hinchazón, la temprana pérdida de diente, y en algunos casos las infecciones hasta serias dentales que pueden conducir a la hospitalización y/o la muerte.

IMPRIMA el Nombre Infantil Paciente: _____

Por favor seleccione la opción que usted es cómodo con, y firma con las iniciales la opción escogida debajo:

Por favor Firme con las iniciales

Un Escogido

Opción

Opción

_____ **PAPOOSE** - Mi niño puede ser colocado en una manta de seguridad para la duración del tratamiento

_____ **LA SEDACIÓN ORAL** - darán a Mi niño la medicación oral a mi niño antes del tratamiento. La cita separada será necesaria, y tendré que observar restricciones especiales de alimentos/otras el día de la cita

_____ **I.V. LA ANESTESIA DE SEDACIÓN/GENERAL** - Mi niño se remitirá hacia fuera a un dentista local autorizado para realizar la sedación intravenosa. Mi niño será completamente (se hará inconsciente) en un Hospital o el Centro Quirúrgico antes del tratamiento.

_____ **NINGÚN TRATAMIENTO** - Mi niño no recibirá ningún remoto tratamiento. La condición dental de mi niño probablemente empeorará, y eventualmente puede conducir a la cavidad llenada por minino (abscessed el diente), el dolor, el hinchazón, y en algunos casos las infecciones serias dentales que pueden conducir a la hospitalización y/o la muerte de mi niño

Entiendo los riesgos complicados con sedando mi niño. El plan de tratamiento propositades, así como opciones de tratamiento alternativas, me ha sido presentado y soy también consciente que pueden requerir cambios de tratamiento intravigentes, pero sólo con mi notificación previa.

El padre/Guarda IMPRIMA EL NOMBRE _____

Firma de Padre/Guarda y Fecha: _____

Certifico que he repasado este procedimiento de sedación consciente, instrucciones preliminares paternales, todo el tratamiento (s) recomendado dental y la opción (ones) de tratamiento alternativa al padre del paciente antes llamado o el guardián legal, antes del solicitar su firma encima. A mi conocimiento, he contestado todas las preguntas a su satisfacción llena y ellos son conscientes de todas las complicaciones posibles.

Testigo{*Testimonio*} de Sonisas Mágicas y Fecha: _____