

Consentimiento para tratamiento dental usando Anestesia General

Yo, _____, doy consentimiento para _____ a recibir tratamiento dental usando anestesia general en la sala de operaciones de "Surgicare Outpatient Surgical Center".

El tratamiento dental sera provisto por el doctor Jeffrey A. Hiester, D.D.S. y los asistentes dentales bajo su supervision.

Los siguientes servicios dentales se espera serán provistos, pero no limitados a:

- 1). Examinación dental
- 2). Profilaxis dental y fluoruro
- 3). Radiografías dentales
- 4). Restauraciones dentales
- 5). Coronas (de acero inoxidable y/o compuesto
- 6). "Pulpal therapy"
- 7). Extracciones
- 8). Otro: _____

Yo entiendo que será necesario alterar el plan de tratamiento durante la operación y yo doy permiso para proveer alternativas y/o procedimientos adicionales tal y como sean necesarios por el doctor Jeffrey. A. Hiester, D.D.S.

La naturaleza del tratamiento dental, los riesgos y las opciones alternas de tratamiento me han sido explicadas. Además, el riesgo y alternativa de negarse al tratamiento.

Todos los pacientes usando anestesia general están sujetos al riesgo de complicaciones médicas incluyendo pero no limitado a: garganta seca, nausea y vómito, problemas respiratorios y cardiovasculares, hipotermia maligna, y muerte.

El tratamiento médico necesario será provisto por miembros del equipo de trabajo del hospital, el pediatra de su niño, o su médico de familia.

YO ENTIENDO Y HE TENIDO SUFICIENTE OPORTUNIDAD DE DISCUTIR TODA LA INFORMACION MENCIONADA ARRIBA. MIS PREGUNTAS HAN SIDO CONTESTADAS. YO PIDO TRATAMIENTO PARA MI HIJO.

Soy la madre / padre / guardian legal del paciente.

Nombre: _____ Fecha: _____

Yo, doctor Jeffrey A. Hiester, D.D.S. he explicado toda la información de arriba. También le he entregado al paciente una hoja de instrucciones y se la ha explicado lo mejor posible.

Nombre: _____ Fecha: _____