

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

### Historia de la Salud del niño

1. Ha tenido su hijo alguna historia de problemas \_\_\_\_\_ Corazón \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Asma \_\_\_\_\_ Enfermedades renales o del hígado \_\_\_\_\_ Convulsiones \_\_\_\_\_ Sangrado \_\_\_\_\_ Autismo \_\_\_\_\_ Trastorno de aprendizaje, emocional o nerviosismo  
Otros? \_\_\_\_\_
2. Su hijo ha estado en el hospital durante la noche, o ha tenido alguna operación? Si es así ¿por qué? \_\_\_\_\_
3. ¿Hay algo sobre la historia médica de su hijo que usted sienta que puede ser importante? \_\_\_\_\_
4. ¿Su hijo tiene alguna alergia? \_\_\_\_\_
5. Ha tenido su hijo alguna reacción desfavorable por los cuidados médicos o dentales anteriores? \_\_\_\_\_
6. ¿Tiene su agua potable fluoruro? \_\_\_\_\_
7. ¿Tiene su hijo algún hábito bucal, como chuparse el dedo \_\_\_\_\_ morderse los labios \_\_\_\_\_ Otros? \_\_\_\_\_
8. ¿Está su niño bajo cuidado médico en la actualidad? \_\_\_\_\_
9. ¿Está su hijo tomando medicamentos, si es así menciónelos por favor? \_\_\_\_\_
10. ¿Hay algo debamos saber acerca de su hijo? \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a los dentistas de Hamilton Dental Associates, ayudado por otros dentistas y / o auxiliares de odontología de su elección, para realizar a mi hijo (o niño del cual soy tutor o apoderado legal, los cuales yo doy la facultad de consentimiento) los servicios dentales que a su juicio son aconsejables con la excepción de \_\_\_\_\_

Aunque su aparición no es frecuente, algunos riesgos y complicaciones son conocidos por estar asociados con los procedimientos de cirugía dental u oral. Las complicaciones más comunes asociadas con el tratamiento dental infantil son las náuseas después de la administración tópica de flúor; también los niños tienden a herirse y morderse la lengua o los labios después de la administración de anestesia local. Las complicaciones menos comunes son los riesgos de entumecimiento, infección, inflamación, sangrado prolongado, decoloración, vómitos, reacciones alérgicas, la deglución o aspiración de una corona o una extracción dental, lesión en la lengua, los labios o las mejillas, los daños y la posible pérdida de los actuales dientes y / o rellenos, lesiones en los nervios cerca de la zona de tratamiento y la fractura de un diente que puede requerir tratamiento adicional o cirugía.

Me han informado de que se esperan buenos resultados, la posibilidad y la naturaleza de las complicaciones pueden no ser exactamente lo previsto y que no puede haber ninguna garantía expresa o implícita alguna sobre el resultado del tratamiento o de curar. Yo entiendo que tengo la libertad de retirar mi consentimiento para el tratamiento en cualquier momento, y que este consentimiento permanecerá en vigor hasta el momento en que yo decida darlo por terminado. Si hay algún cambio en la salud de mi hijo, voy a informar al médico en la próxima cita.

Firma, Relación con el paciente y Fecha: \_\_\_\_\_