

# Give Kids a Smile Day

## Procedure Consent Form

1. I \_\_\_\_\_ parent/guardian of \_\_\_\_\_ authorize Drs. \_\_\_\_\_ to perform the following procedure:  
 dental examination    cleaning    fluoride treatments    x-rays    fillings (silver or white)    caps (silver or white)  
 root canal(s)    removal of teeth without replacement under general anesthesia
2. **Risks:** I give this authorization with the understanding that any operation or procedure may involve certain risks or hazards.  
**I understand that such risks include, but are not limited to:**  
 soreness of the mouth, lips, gums and teeth    infection    bleeding    nerve injury    blood clots    allergic reactions  
 pneumonia    numbness    fever    nausea    vomiting    slower heart and breathing rate
3. **Anesthesia:** I understand that administration of anesthesia also involves risks, most importantly a reaction to medications causing death. I understand such reactions are rare but the possibility exists. I consent to the use of such anesthetics as may be considered necessary by the person responsible for administration of these medications or anesthetics. I understand these and other risks peculiar to the giving of anesthetics will be discussed with me prior to treatment.  
Check if Applicable
4. **Additional Procedure:** If my dentist discovers a different unsuspected condition at the time of procedure, I authorize him/her to perform such procedure that he/she deems necessary.
5. I understand that no guarantee or assurance has been made as to the ultimate result of the procedure. It may not cure the condition for which it is performed.
6. **Patient's Consent:** I have read and fully understand this consent form. I understand that I should not sign this form if all items, including all my questions, have not been explained or answered to my satisfaction or if I do not understand any of the words contained in this form.

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS AS TO THE RISKS OR HAZARDS OF THE PROPOSED PROCEDURE OR ANY OTHER QUESTIONS CONCERNING THE PROPOSED PROCEDURE, ASK YOUR DENTIST NOW **BEFORE SIGNING THIS CONSENT FORM.**

Date	Time	Patient or Person with authority to consent for patient
Relationship to Patient		
Witness to signature	Witness to signature/second witness if telephone consent	

7. **Dentist Declaration:** I have explained the contents of this document to the patient and have answered all of the patient's questions, and to the best of my knowledge I feel the patient has been adequately informed and has consented to the operation or procedure detailed above.

Dentist's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

## **Give Kids a Smile Day**

**(Da Una Sonrisa a Los Niños)**

1. Yo \_\_\_\_\_ padre/tutor de \_\_\_\_\_ autorizo a los Drs. \_\_\_\_\_ para hacer el procedimiento que sigue: \_\_\_\_\_ examen dental \_\_\_\_\_ limpieza \_\_\_\_\_ tratamiento de fluoruro \_\_\_\_\_ radiografía \_\_\_\_\_ empastes (de blanco o plata) \_\_\_\_\_ fundas (de blanco o plata) \_\_\_\_\_ endodoncia \_\_\_\_\_ extirpación de dientes sin sustitución, usando anestesia general.
  2. **Los riesgos:** Yo doy la autorización con el entendimiento de que cualquiera operación o procedimiento puede suponer ciertos riesgos. **Yo entiendo que tales riesgos podrían incluir pero no son limitados a:**  
\_\_\_\_\_ dolor de la boca, los labios, encías o dientes \_\_\_\_\_ infección \_\_\_\_\_ sangrado \_\_\_\_\_ herida a los nervios  
\_\_\_\_\_ coágulo de la sangre \_\_\_\_\_ reacción alérgica \_\_\_\_\_ pulmonía \_\_\_\_\_ fiebre \_\_\_\_\_ sensación de adormecimiento \_\_\_\_\_ náusea \_\_\_\_\_ vómito  
\_\_\_\_\_ disminución de respiración o pálpitos
  3. **Anestesia:** Yo entiendo que la administración de la anestesia puede suponer ciertos riesgos, más que nada, una reacción a los medicamentos causando muerte. Yo entiendo que tales reacciones son muy raras, pero todavía existe la posibilidad. Yo accedo al uso de tal anestesia como pueda ser considerado necesario por la persona responsable de la administración de ella. Yo entiendo que éstos riesgos y otros riesgos extraños al dar las anestesias serán discutidos conmigo antes del tratamiento.  
\_\_\_\_\_ marque si aplica
  4. **Procedimiento Adicional:** Si durante el tiempo del procedimiento el dentista descubre una condición insospechada, yo autorizo a él/ella para hacer el procedimiento que él/ella piense que sea necesario.
  5. Yo entiendo que no hay ninguna garantía de los resultados finales del procedimiento. Es posible que el procedimiento no cure la condición.
  6. **Consentimiento de Paciente:** Yo he leído y entiendo completamente esta forma. Yo entiendo que no debo de firmar esta forma si todos los puntos, incluyendo todas mis preguntas, no han sido explicados o contestados a mi satisfacción o si no entiendo cualquiera de las palabras contenidas en esta forma.

**SI TIENE PREGUNTAS SOBRE LOS RIESGOS O PELIGROS DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO O CUALQUIERA OTRA PREGUNTA, PREGUNTELE A SU DENTISTA AHORA, ANTES DE FIRMAR ESTA FORMA DE CONSENTIMIENTO.**

Paciente o persona con la autoridad de dar consentimiento por el paciente

#### Relación al paciente

**Testigo al firmar/segundo testigo si consentimiento por el teléfono**

- 7. Declaración del dentista:** Yo he explicado los contenidos de este documento al paciente y he contestado todas las preguntas a lo mejor de mi conocimiento yo siento que el/la paciente ha sido informado suficientemente y ha consentido a la operación o procedimiento detallado arriba.

Firma del dentista \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_