

INFORMACION DE CONSENTIMIENTO  
ODONTOLOGIA PEDIATRICA

**Yo entiendo** que en el tratamiento dental para niños, hay posibles riesgos inherentes tales como, pero no limitados, incluyendo el conocimiento de ninguna promesa o garantía de los resultados que se han hecho o que se esperan.

**1. Tratando a niños que presentan problemas especiales :** Quizas el problema mas difícil es controlar el niño para no lastimar lo accidentalmente debido a que el niño hace movimientos abruptos y descontrolados durante el tratamiento. En algunos casos puede ser aconsejable y recomendable un medicamento para sedar el niño antes del tratamiento. Adicionalmente varios aparatos para restringir el movimiento durante el tratamiento podria ser necesarios para asegurar la protección del niño durante el tratamiento.

**2. Anestesia :** Estara anestesiado la lengua, labios, dientes, mandíbula y/o tejidos faciales como resultado de la anestesia local la cual puede persistir despues del tratamiento. Durante el periodo de la anestesia el niño debe estar monitorado constantemente y recordarle no morder la mejilla, labios y lengua. Si la anestesia dura mas de 24 horas usted debe llamar a la oficina.

**3. Susceptibilidad a caries:** Porque el esmalte de el diente temporal es mas delgado y debido al consumo excesivo de dulces y la dificultad para cepillarse y hacer el hilo dental regularmente, etc. Hay ocasiones en que la caries aparece rapidamente en los dientes del niño. Se deben tomar medidas necesarias para evitar estos problemas. Medidas preventivas incluiran tratamientos de fluor, sellantes ,detallado cepillado, hilo, control de dieta y chequeos dentales regulares.

**4. Fracturas o rupturas:** Debido a la fragilidad de los dientes temporales es difícil que las restauraciones se retengan especialmente si son muy grandes, en estos dientes no importa que tambien las restauraciones son hechas. Si las restauraciones no se retienen sera indicado hacer una corona de metal hasta que el diente sea exfoliado.

**5. Pulpotomia:** Debido a que el esmalte es tan delgado la pulpa dental o nervio es grande al igual que la cámara pulpar. La caries se distribuye rapidamente en dientes temporales el odontologo puede llegar a la pulpa tratando de remover la caries. Al hacer la exposicion pulpar se trata de evitar la extaccion del diente y se remueve la pulpa de la cámara y se reemplaza con material de relleno y asi se preserva el diente y se mantiene el espacio, y la capacidad de masticar hasta que el diente permanente erupciona y reemplaza al temporal. Este procedimiento es llamado pulpotomia. Algunas veces el diente se infecta y es indicada la extraccion.

**6. Abscesos:** Los dientes temporales son particularmente susceptibles a los abscesos. Los abscesos pueden ocurrir por una invasion profunda de la caries causando que se infecte la pulpa. El diente se vuelve muy sensible y doloroso, los tejidos cerca de la raíz se inflaman. Los abscesos pueden ocurrir de una lesion traumatica al diente Debe llamar a la oficina si esto ocurre. La pulpotomia no se puede realizar a un diente con abscesos y otras alternativas deben ser consideradas .

**7. Extraccion y mantenimiento de espacio:** algunas veces es imposible salvar el diente y en este caso la alternativa es la extraccion. Dependiendo de la necesidad de mantener el espacio para el diente permanente puede ser necesario hacer un mantenedor de espacios . Estos aparatos pueden ser fijos o removibles.

**8. Responsabilidad:** Yo conozco que es mi responsabilidad de llamar la oficina si algun resultado adverso se presentara despues del tratamiento. Tambien es mi responsabilidad de hacer y conservar mis citas y seguir las instrucciones que se me han dado para mantener la apropiada salud dental de mi niño.

**INFORMACION DE CONSENTIMIENTO:** Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas concernientes al tratamiento de mi niño y he recibido respuestas a mi satisfaccion. Yo asumo alguno y todos los posibles riesgos, uncluyendo pero no limitados a los descritos anteriormente, incluyendo el riesgo de un dano substancial el cual puede estar asociado a una fase del tratamiento en espera de obtener los resultados deseados los cuales pueden o no ser alcanzados. No garantias o promesas se me han dado respecto a la recuperacion y resultados del tratamiento realizado. Los precios por el servicio se me han explicado a mi satisfaccion. Al firmar esta forma. Yo doy mi libre consentimiento y autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ y/o asociados a dar el tratamiento ,medicamentos, anestésicos, etc. necesarios y recomendables para la salud dental de mi niño.

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño

\_\_\_\_\_  
Representante Legal o Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha