HEALTH FIRST™ BLUEGRASS

Place Label
Here

*Solo para pacientes pediátricos:*

## Consentimiento de la clínica dental de alcance

**El equipo dental de HealthFirst Bluegrass visita varias escuelas públicas del condado de Fayette para brindar atención dental preventiva y restaurativa. Si la escuela de su hijo tiene una clínica escolar de HealthFirst Bluegrass en el lugar, el dentista estará en la clínica una vez a la semana para completar los exámenes y pruebas dentales. Por lo general, la clínica móvil visita las escuelas una vez por semestre durante unos días a la vez. Ofrecen todas las facetas de la odontología, incluidas limpiezas, selladores, tratamientos con flúor, restauraciones (empastes) y extracciones. Nuestro objetivo es llevarle al dentista, limitando la necesidad de faltar al trabajo o que su hijo falte a la escuela para una cita dental. Si su hijo asiste a una escuela donde brindamos atención dental y está programado para ser atendido por el equipo dental, se comunicará con usted verbalmente antes de la cita.**

**Otorgo mi consentimiento para** _____ _____ _____

**NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE** **FECHA DE NACIMIENTO** **N.° DE SEGURO SOCIAL**

**Para recibir cualquiera de los siguientes servicios en las Clínicas Dentales de HealthFirst Bluegrass, Inc., incluida la Clínica Móvil:**

1. Procedimientos de diagnóstico y tratamiento, incluidos exámenes clínicos, tratamiento con flúor, limpiezas, rayos X, empastes plateados o blancos, coronas de acero inoxidable, tratamiento de nervios, extirpación de tejidos blandos y todo tipo de anestesia local por parte de agentes y empleados autorizados de Health*First* Bluegrass y el personal odontológico, o las personas que estos designen, según lo consideren necesario o beneficioso conforme a su criterio profesional. Comprendo que puede haber ciertos riesgos y complicaciones si mi hijo se somete a estos procedimientos. Esos posibles problemas incluyen: La posibilidad de molestias durante y después del tratamiento, aspiración o tragarse un instrumento o material dental, reacciones alérgicas a materiales dentales y otros posibles problemas que el dentista no puede predecir.

**Comprendo que:**

1. Es posible que mi hijo necesite tratamiento adicional por parte de un especialista o incluso hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, cuyo costo será mi responsabilidad.
2. Cuando se extraen los dientes de leche, esto puede causar problemas para los dientes que están saliendo y es posible que mi hijo necesite espaciadores para mantener el espacio abierto para que salgan los dientes permanentes. Comprendo también que los espaciadores no se colocan como parte de este programa y que se enviará a casa una carta de remisión si es necesario.
3. También puede haber casos en los que el tratamiento de un diente no pueda realizarse de inmediato, pero para evitar un absceso o una infección mayor, el personal puede colocar flúor tópico para detener el proceso activo de la caries. Si bien no existen riesgos para la salud, se producirán manchas negras u oscuras en la superficie cariada.

**Autorizo al personal dental de Health*First* Bluegrass a aplicar este material a su discreción.**

**Coloque sus iniciales** **Sí**_____ **No** ____

4. Estos servicios serán prestados por el personal docente, los estudiantes, los higienistas o el personal de odontología de Health*First* Bluegrass.
5. El tratamiento preventivo (limpieza, flúor y sellantes) puede ser realizado por un higienista dental registrado sin la presencia del dentista, tal y como establece la legislación general sobre supervisión.
6. Los hallazgos dentales de todos los niños como grupo pueden ser informados o publicados, y que, en tal caso, ningún niño será identificado de forma individual.
7. Puede haber casos en los que el odontólogo no pueda salvar un diente al intentar restaurarlo. En estos casos, la única alternativa es extraer (sacar) el diente. Existen riesgos relacionados con la extracción de dientes. Aunque son poco frecuentes, estos riesgos pueden incluir: dolor, sangrado excesivo, infección, hinchazón, moretones, rigidez de la mandíbula, daños a los dientes adyacentes o subyacentes, fractura de una punta radicular, etc.
8. Si bien Health*First* Bluegrass, Inc. mantiene la confidencialidad de todos los expedientes individuales, comprendo que una lista de los niños que necesitan tratamiento dental de seguimiento se le proporciona de manera rutinaria al Centro de Recursos Familiares de la escuela para que puedan ayudar a que reciban atención de seguimiento, cuando sea necesario.

**Autorizo al personal de HealthFirst Bluegrass a compartir el nombre de mi hijo con el Centro de Recursos Familiares de su escuela** **Coloque sus iniciales** **Sí**_____ **No** ____

_____ _____ _____

**Fecha** **Firma del paciente/padre/madre/tutor** **Relación con el paciente**