

# Fundación Dental de Oregon- Taxi de los Dientes

## Autorización para tratamiento y consentimiento

Yo, \_\_\_\_\_, como el responsable legal de \_\_\_\_\_  
(nombre del padre o guardián legal) (nombre del niño)

Autorizo y solicito la ejecución de los servicios dentales para mi niño. authorize and request the performance of dental services for child. Este tratamiento podrá consistir en radiografías dentales, diagnóstico, aplicación de fluor tópico y otro tipo de restauraciones, extracciones y ortodoncia preventiva que sean recomendados por los dentistas del Taxi de los Dientes. Yo entiendo que los dentistas del Taxi de los Dientes usaran tratamiento restaurativo y manejo de comportamiento razonable y necesario. El que podrá incluir anestésicos locales y óxido nítrico.

Doy mi consentimiento a que el dentista puede administrar medicamentos a mi hijo como apropiado y necesario basado en el tratamiento. Medicamentos: paracetamol o el ibuprofeno, por dosis estándar para la edad. Si una infección está presente el dentista puede dispensar antibiótico amoxicilina o clindamicina antes del tratamiento dental.

Yo Autorizo que mi niño pueda recibir servicios dentales administrados por el Taxi de los Dientes, y autorizo que sus dentistas y otros agentes y empleados proporcionen información referente al caso clínico de mi Niño, examen dentales, registros escritos ( y fotografías adjuntas) en relación al examen dental y resultados del examen a empleados del Taxi de los Dientes y/o a organismos autorizados. Un Organismo autorizado es uno aprobado por programa del Taxi de los Dientes y la Fundación Dental de Oregon.

Yo doy consentimiento y autorizo a la Fundación Dental de Oregon programa Taxi de los Dientes que archive y colecte devolución al seguro Medicaid y OHP por los servicios prestados, en condados donde ODS es aceptado por un proveedor de OHP. También certifico que entiendo y estoy de acuerdo con lo descrito arriba.



Es usted el guardián legal de este Niño?	SI	NO
Usted puede firmar para tratamiento médico?	Si	NO
Ha sido informado de los riesgos del tratamiento dental	Si	NO

Nombre del Padre/guardián legal \_\_\_\_\_  
(Por favor imprima)

Relación con el niño \_\_\_\_\_



Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Después de citas Escuela: Diente personal Taxi puede ser capaz de proporcionar las citas después de la escuela. ¿Eres capaz de proporcionar el transporte para su hijo para una cita después de la escuela?

\_\_\_ Si \_\_\_ No. En caso afirmativo, proporcionar información de contacto. Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_



### Consentimiento Para fotografías y Uso (Opcional)

Yo autorizo que se usen fotografías, video o audio para registrar a mi Niño o a mí para promoción del programa, que incluya promoción escrita, fotográfica, audio, video y Web. Yo estoy también de acuerdo que cualquier material escrito de conexión entre el Taxi de los Dientes ( incluyendo correspondencia de nuestra familia a la Fundación Dental de Oregon, Taxi de los Dientes) puede ser usada en materiales de promoción.



Firma del Padre/guardián legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_