

Minor Patient General Discussion and Consent

Patient Name: _____

Account #: _____

Examination and X-Rays:

- I understand that initial and recall visits will require x-rays in order to complete the examination, diagnosis and treatment plan. I understand treatment to be completed will be detailed in the treatment plan provided to me based on diagnoses by dentists at UMMA Community Clinic.

Changes in Treatment Plan:

- I understand that during treatment, it may be necessary to change or add procedures because of conditions found while working on the teeth that were not discovered during examination. I give my permission to the dentist to make changes and additions as necessary.

Dental Prophylaxis:

- I understand that this type of cleaning can involve the removal of plaque, calculus, and/or stains from above or slightly below the gumline. This treatment helps prevent periodontal (gum) disease progression. The long-term success of the treatment depends in part on efforts to brush and floss daily, receive regular cleanings as directed, follow a healthy diet, avoid tobacco products and follow proper home care. Depending on gum condition/inflammation, bleeding, sensitivity, discomfort, and/or soreness may occur.

Fluoride Varnish:

- Fluoride varnish is a coating brushed on the surfaces of the teeth. Fluoride helps prevent, slow down and/or reverse the early signs of dental cavities (decay). It also helps make the tooth structure stronger and can help with sensitivity as well.

Sealants:

- Sealants are placed as a preventative measure to reduce the risk of cavities on the chewing surface of teeth.
- This procedure involves placing a special acid dental material on the tooth surface. In some cases, it is possible that a small amount of the solution can touch soft tissue of the mouth and/or root of the tooth. Should this occur, it may result in slight tissue burns and/or temporary sensitivity.
- As with any type of dental procedure, it's difficult to predict how long the sealant will last. There is always a possibility that the sealant will break down or be removed entirely over time. Chewing, grinding forces, and certain foods (think hard or sticky substances, such as candy/gum) could cause the sealant to be removed entirely from the tooth surface causing the procedure to be ineffective.
- I understand that even after placing dental sealants, there is a risk of developing cavities. Inadequate oral hygiene such as infrequent and/or improper brushing/flossing of the teeth may allow a cavity to form under the sealant, between teeth or on other surfaces not covered by the sealant.

Check below that applies to you:

- I have been informed of the risks and benefits of the proposed treatment, including that of no treatment.
- I certify that I have read and understand the above information, that the explanations are understood by me, and that my questions have been answered.
- I authorize and direct the dentists at UMMA to do whatever is necessary and advisable under the circumstances.
- I consent for the above-mentioned treatment to be completed.

Signature

Relationship

Date

Dentist Signature

Witness Signature

Date

Discusión General y Consentimiento Para Paciente Menor de Edad

Nombre del Paciente (Patient Name): _____ Numero de Cuenta (Account) #: _____

Examen y Radiografías:

- Entiendo que las visitas iniciales y de revisión requerirán radiografías para completar el examen, el diagnóstico y el plan de tratamiento. Entiendo que el tratamiento que se completará se detallará en el plan de tratamiento que se me proporcionó según los diagnósticos de los dentistas en la UMMA Community Clinic.

Cambios en el Plan de Tratamiento:

- Entiendo que durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones encontradas mientras se trabaja en los dientes que no se descubrieron durante el examen. Doy mi permiso al dentista para hacer cambios y adiciones según sea necesario.

Limpieza:

- Entiendo que este tipo de limpieza puede implicar la eliminación de placa, cálculo y/o manchas de arriba o ligeramente por debajo de la línea de las encías. Este tratamiento ayuda a prevenir la progresión de la enfermedad periodontal (de las encías). El éxito a largo plazo del tratamiento depende en parte de los esfuerzos para cepillarse y usar hilo dental diariamente, recibir limpiezas regulares según las indicaciones, seguir una dieta saludable, evitar los productos de tabaco y seguir el cuidado adecuado en el hogar. Dependiendo de la condición/inflamación de las encías, puede ocurrir sangrado, sensibilidad, incomodidad y/o dolor.

Barniz de Flúor:

- El barniz de flúor es un cubrimiento cepillado en las superficies de los dientes. El fluoruro ayuda a prevenir, ralentizar y/o revertir los primeros signos de caries dentales. También ayuda a fortalecer la estructura del diente y también puede ayudar con la sensibilidad.

Selladores:

- Los selladores se colocan como medida preventiva para reducir el riesgo de caries en la superficie de masticación de los dientes.
- Este procedimiento consiste en colocar un material dental ácido especial en la superficie del diente. En algunos casos, es posible que una pequeña cantidad de la solución pueda tocar el tejido blando de la boca y/o la raíz del diente. Si esto ocurre, puede resultar en quemaduras leves de tejido y/o sensibilidad temporal.
- Al igual que con cualquier tipo de procedimiento dental, es difícil predecir cuánto tiempo durará el sellador. Siempre existe la posibilidad de que el sellador se descomponga o se elimine por completo con el tiempo. La masticación, las fuerzas de molienda y ciertos alimentos (piense en sustancias duras o pegajosas, como dulces / chicles) podrían hacer que el sellador se elimine por completo de la superficie del diente, lo que hace que el procedimiento sea ineficaz.
- Entiendo que incluso después de colocar selladores dentales, existe el riesgo de desarrollar caries. Una higiene bucal inadecuada, como el cepillado/uso de hilo dental poco frecuente y/o inadecuado, puede permitir que se forme una cavidad debajo del sellador, entre los dientes o en otras superficies no cubiertas por el sellador.

Verifique a continuación que se aplica a usted:

- He sido informado de los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto, incluido el de no tratamiento.
- Certifico que he leído y entiendo la información anterior, que las explicaciones son entendidas por mí y que mis preguntas han sido respondidas.
- Autorizo y dirijo a los dentistas de UMMA a hacer lo que sea necesario y aconsejable dadas las circunstancias.
- Doy mi consentimiento para que se complete el tratamiento mencionado anteriormente.

Firma (Signature)

Relación (Relationship)

Fecha (Date)

Firma del Dentista (Dentist Signature)

Firma del Testigo (Witness Signature)

Fecha (Date)