

---

Apellido                      Primer Nombre                      Inicial



Macon County  
Public Health

---

Fecha de Nacimiento

## Consentimiento para Examen Dental y Tratamiento

### Al firmar este Consentimiento:

1. Autorizo a Servicios Dentales del Condado de Macon a proveer todo el cuidado dental necesario recomendado. Si el paciente es menor de edad, como padre/tutor, autorizo consentimiento sin que yo esté presente durante los procedimientos.
2. Entiendo que el personal realizara un examen oral a mi/niño y proveerá cuidado dental necesario basado en los resultados del dentista. Tratamientos dentales puede incluir pero no están limitados a; limpiezas, fluoruro, selladores, radiografías digitales, empastes, extracciones, opciones de reemplazo limitados, tales como los parciales o dentaduras postizas, coronas de acero inoxidable, retenedor de espacio y pulpotomias.
3. En el caso de que mi hijo necesite un diente temporal (diente de leche) extraído, doy mi consentimiento para esta extracción.
4. Entiendo que el tratamiento dental de emergencia puede ser limitado y se realiza para aliviar el dolor, hinchazón, infección y lesiones.
  - a. Si se requiere un referido a un especialista para la continuidad de la atención dental, se debe completar un Formulario de Divulgación de Registros.
  - b. Autorizo a la Salud Publica del Condado de Macon a compartir copias de mi plan de tratamientos y programas de tratamientos con agencias como Macon Program for Progress (Programa de Head Start), Hogares de Ancianos, Médicos y DSS al recibir la solicitud por escrito de dicha instalación con el fin de coordinar la atención o su participación en sus programas.
5. A veces problemas pueden ocurrir. Entiendo que hay riesgos en el tratamiento dental; que pueden incluir dolor/molestias, hinchazón, infección, sangrado, lesiones en los dientes o encías cercanas, problemas con las articulaciones en la boca o mandíbula, entumecimiento, y reacciones alérgicas.
6. Se me ha dado la oportunidad d tener las respuestas a mis preguntas y estoy de acuerdo en que yo o mi niño participe en el programa dental.
7. La Salud Publica del Condado de Macon acepta Medicaid, NC Health Choice, paciente paga y algunos planes de seguro privado. Los pacientes que no tienen seguro dental pueden calificar para escala de pago basado en el tamaño de su familia y sus ingresos. Se requiere que usted notifique al personal de inmediato cuando su cobertura de seguro cambia. Entiendo que si los servicios se prestan a mí y no soy elegible para el seguro, en el momento del servicio que voy a ser responsable de los gastos ocasionados durante esa visita.
8. Incumplimiento con la responsabilidad La Salud Publica del condado de Macon se reserve el derecho de reprogramar su visita, referir al paciente a otra práctica o despedirlo de nuestra clínica.

---

Firma del Paciente, Padre, o Tutor

---

Fecha

---

Relación con Paciente