

**Consentimiento y Recomendaciones de Chequeo de Salud Bucal**  
(Llenar con letra de molde)

**Esta sección debe ser completada por el padre, la madre, el tutor o el representante del menor:**

Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor/representante: \_\_\_\_\_

Relación con el menor: \_\_\_\_\_

Entiendo que al firmar esta forma estoy autorizando que el menor mencionado anteriormente reciba una evaluación de salud bucal básica. Entiendo que esta evaluación es sólo una revisión muy básica y no reemplaza de un examen dental completo. Tendré que contratar los servicios de un dentista para que mi hijo o hija reciba un examen dental completo necesario para establecer la situación de salud dental y mantenerla.

También entiendo que el recibir esta evaluación dental no establece ninguna relación nueva o continua entre el médico y el paciente. Yo estoy libre de establecer dicha relación médico-paciente para mi hijo o hija en el futuro con el dentista que realizará esta evaluación o con cualquier otro dentista de mi elección. Además, no haré al dentista o a los que realicen la evaluación, responsables por las consecuencias de salud bucal de mi hijo o hija o por los resultados si yo decido NO seguir las recomendaciones mencionadas a continuación.

Fecha: \_\_\_\_\_

**Firma del padre/madre/tutor/representante**

**Esta sección debe se ser llenada por el profesional dental que realiza la evaluación:**

Querido padre, madre o tutor,

A partir del 1 de enero del 2007, la ley de California requiere que cuando los niños entren a la escuela pública por primera vez, ya sea en kindergarten o a primer año de primaria, reciban una evaluación de salud dental por parte de un profesional dental antes del 31 de mayo de su primer año escolar. Hoy, yo realicé una evaluación dental para su hijo o hija y a continuación están los resultados de dicha evaluación.

La evaluación dental encuentra sólo problemas dentales obvios y tiene el propósito de identificar a los niños que necesitan atención dental. No se toman rayos X y esta evaluación no reemplaza un examen dental completo realizado por un dentista.

A continuación están los resultados de la evaluación y mi recomendación:

\_\_\_\_\_ Su hijo no tiene problemas dentales obvios, pero debe de recibir una evaluación de rutina realizada por un dentista.

\_\_\_\_\_ Aparentemente su hijo o hija tiene algunos problemas dentales que deben de ser evaluados por un dentista. Por favor haga una cita lo más pronto posible para que su hijo o hija reciba un examen completo. Su dentista determinara que tratamiento, en su caso, es necesario.

\_\_\_\_\_ Su hijo o hija tiene algunos problemas dentales que parecen necesitar atención inmediata. Llame a su dentista lo más pronto posible para que realice un examen completo.

Adicionalmente, he explicado los riesgos de NO seguir la recomendación y he respondido completamente a las preguntas que me han hecho el padre, la madre, el tutor y/o el representante.

Fecha: \_\_\_\_\_

*Realizado por la Asociación Dental de California y por la Sociedad de California de Dentistas Pediátricos para ayudar a los profesionales dentales que ofrecen los chequeos dentales como servicio público. Noviembre del 2006.*

**Consentimiento y Recomendaciones de Chequeo de Salud Bucal**  
(Llenar con letra de molde)

**Firma del profesional dental**