



Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Consentimiento De Rayos-X

- Esta forma es para que yo pueda comprender completamente lo que se recomienda para mi hijo(s)/hija(s) y los riesgos asociados con el rechazo de las radiografías dentales (rayos-x).

**Las pautas actuales de la Asociación Dental Estadounidense y la Administración de Alimentos y Medicamentos que prescriben radiografías dentales (rayos-x) son las siguientes:**

- Las radiografías de diagnóstico de rutina, como una serie de boca completa o una radiografía panorámica, deben tomarse cada 3 a 5 años.
- Las radiografías de aleta de mordida deben tomarse cada 1 o 2 años, a menos que su dentista crea que el paciente tiene un alto riesgo de caries. Los pacientes de alto riesgo deben tener sus mordidas cada 6-12 meses.
- Entiendo que las radiografías son necesarias para que el dentista diagnostique y trate por completo posibles caries, infecciones, dientes fracturados y pérdida ósea debido a la enfermedad de las encías.
- Si estas condiciones no se detectan hasta que haya signos visibles o dolorosos de la enfermedad, la salud bucal de su hijo(s)/hija(s) y posiblemente la salud sistémica (general) pueden verse gravemente afectadas.

**SU ASEGURANZA PUEDE NEGAR EL CUBRIO DE LOS RAYOS-X EN LOS INTERVALOS RECOMENDADOS.**

**Hoy se pueden tomar nuevas radiografías. Soy consciente de que si mi aseguranza no cubre las radiografías, seré responsable del costo. Sin radiografías, es posible que no sea posible un diagnóstico completo.**

## Consentimiento De Fluoruro

Es política del médico aplicar una aplicación de fluoruro en los dientes de su hijo(s)/hija(s) en cada cita de revisión de los seis meses. Esto es necesario para ayudar a prevenir la posibilidad de deterioro.

Algunas compañías de aseguranza permiten el fluoruro en cada una de sus citas de revisión, mientras que otras tienen una limitación de frecuencia y solo pagan el fluoruro una vez al año.

**El titular de la póliza es responsable de cualquier balance si la aseguranza no cubre el tratamiento adicional con fluoruro.**

**Acepto el fluoruro hoy**

**Firma de Padre/Madre o Guardián Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_