



**Children's
Dental
Columbia**

Nuestros médicos son miembros de la Asociación Dental Americana, Academia Americana de Odontología Pediátrica y están certificados por la Junta Americana de Odontología Pediátrica. Siguen sus pautas para las recomendaciones de tratamiento. No van en contra de sus recomendaciones simplemente porque una compañía de seguros no cubra un procedimiento. Si lo hicieran, no estarían brindando la mejor atención para su hijo. Muchos empleadores seleccionan planes de seguro para sus empleados que minimizan la cobertura de ciertos procedimientos dentales. Esto no significa que los procedimientos no sean necesarios. Si los padres desean no tener un procedimiento previsto por cualquier razón, es necesario que el padre firme una liberación para que nuestros médicos no se hagan responsables de los efectos perjudiciales que esto pueda crear.

Como especialistas en odontología pediátrica, nuestros médicos sienten muy fuertemente que los niños deben tener radiografías de rutina, incluyendo una radiografía panorámica cada 3 años y aleta de mordida cada 6-12 meses. Estas radiografías proporcionan la capacidad de detectar caries, quistes, dientes adicionales, dientes perdidos, infecciones, tumores y otros problemas potenciales. No existe otra opción razonable para las radiografías dentales existe en el momento. El uso de imágenes digitales y dispositivos de protección contra plomo por parte de nuestra oficina minimiza la exposición de su hijo a la radiación.

Se me proporciona esta información y el formulario de rechazo para que pueda comprender plenamente el procedimiento o procedimientos recomendados para mi hijo y las consecuencias de esta negativa. Deseo que se me proporcione suficiente información para tomar una decisión bien informada con respecto a los procedimientos de tratamiento propuestos.

He recibido la información anterior sobre radiografías dentales. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y hacer que se respondan plenamente. Entiendo el riesgo de rechazar estas radiografías. Entiendo que el dentista puede negarse a tratar a mi hijo si rechazo las radiografías de diagnóstico para mi hijo.

Procedimientos de tratamiento recomendados por el dentista que rechazo para mi hijo:

___ Radiografía panorámica

___ Radiografía aleta de mordida

Firma _____ Fecha _____

(Padre o Tutor)

Firma _____ Fecha _____

(Dentist or Office Representative)