



### Consentimiento para estabilización de protección durante procedimientos dentales

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a \_\_\_\_\_,  
*Nombre del padre/madre/tutor* *Nombre del proveedor dental*

a usar las siguientes técnicas de protección para restricción de movimiento para el tratamiento de:

\_\_\_\_\_  
*Nombre del paciente* *Fecha de nacimiento*

\_\_\_\_\_ Tabla de papoose

\_\_\_\_\_ Apoyo de la boca

\_\_\_\_\_ Óxido nitroso con mascarilla nasal

\_\_\_\_\_ Restricción pasiva del movimiento de manos, brazos y piernas para su protección.

Como padre/madre/tutor entiendo que el uso de la tabla papoose es para **protección de movimientos repentinos** que pueden causar daños graves mientras el proveedor dental está usando un instrumento.

Si mi hijo intenta moverse de una manera que el médico considera peligrosa para su bienestar (movimientos repentinos, intentos de agarrar un instrumento o equipo, etc.), permito que el personal tenga más contacto con mi hijo para su seguridad.

\_\_\_\_\_ Me dieron otras opciones para el uso de la tabla de papoose, incluyendo la remisión a un dentista pediátrico o el uso de anestesia general en el quirófano de un hospital para completar las restauraciones dentales necesarias.

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente o del padre/madre/tutor*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*