**New Patient Consent Form**

I authorize Chelsie Todd, DMD and whomever is designated as her assistants, to perform upon my child a dental exam, dental x-rays, dental prophylaxis, application of fluoride.

I understand parents are always welcome to be in the room with their child during teeth cleaning and examinations. For appointments involving treatment such as Dental Fillings, Crowns, Nerve/Pulp Treatment, or Extraction/Teeth Removal parents are welcome, however due to space limitations, siblings are not permitted.

I understand that due to the privacy of all patients in the office, cell phone use is not permitted beyond the waiting area of the office. Photography and videography are only permitted in designated areas, and not permitted in any x-ray, hygiene, or treatment room.

I have provided an accurate and complete personal and medical history as possible including those antibiotics, drugs, medications and foods to which my child is allergic. I will follow any and all instructions as explained and directed to me and prescribed diagnostic procedures.

I have had the opportunity to ask questions and receive answers to and responsive explanations for, all questions about my child’s medical condition, contemplated and alternative treatment and procedures, and the risk and potential complications of the contemplated and alternative treatments and procedures, prior to signing this form.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature Date

**Nuevo formulario de consentimiento del paciente**

Autorizo a Chelsie Todd, DMD y a quien sea designado como sus asistentes, a realizar a mi hijo un examen dental, radiografías dentales, profilaxis dental, aplicación de flúor.

Entiendo que los padres siempre son bienvenidos a estar en la habitación con su hijo durante la limpieza de los dientes y exámenes. Para las citas que implican tratamiento como rellenos dentales, coronas, tratamiento de nervios / pulpa, o extracción / eliminación de dientes los padres son bienvenidos, sin embargo, debido a las limitaciones de espacio, los hermanos no están permitidos.

Entiendo que debido a la privacidad de todos los pacientes en la oficina, el uso del teléfono celular no está permitido más allá del área de espera de la oficina. La fotografía y la videografía solo están permitidas en áreas designadas, y no están permitidas en ninguna sala de rayos X, higiene o tratamiento.

He proporcionado una historia personal y médica precisa y completa como sea posible, incluyendo los antibióticos, medicamentos, medicamentos y alimentos a los que mi hijo es alérgico. Seguiré todas y cada una de las instrucciones que se me expliquen y me indiquen y prescribiré procedimientos de diagnóstico.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas y explicaciones receptivas para, todas las preguntas sobre la condición médica de mi hijo, el tratamiento y procedimientos contemplados y alternativos, y el riesgo y las posibles complicaciones de la tratamientos y procedimientos contemplantes y alternativos, antes de firmar este formulario.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha