



**Volusia County Health Department Dental Clinic**

**INFORMED CONSENT FOR DENTAL TREATMENT  
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DENTAL**

**NATURAL / ADOPTIVE PARENT      GUARDIAN      SELF      (PLEASE CIRCLE ONE)**

I authorize the following treatment procedures. (Please initial by each procedure)

*Yo autorizo los siguientes tratamientos. (Por favor marque sus iniciales en cada linea de procedimiento)*

<p><b>Exam</b> <i>Examen</i></p> <p>_____</p>	<p><b>X-Ray</b> <i>Rayos-X</i></p> <p>_____</p>
<p><b>Dental Cleaning</b> <i>Limpieza Dental</i></p> <p>_____</p>	<p><b>Fluoride Treatment</b> <i>Tratamiento de Fluoruro</i></p> <p>_____</p>
<p><b>Patient or Legal Guardian Signature</b> <i>Firma del paciente o guardian legal</i></p> <p>_____</p>	<p><b>Date</b> <i>Fecha</i></p> <p>_____</p>

<p><b>Dentist Signature</b> <i>Firma de dentista</i></p> <p>_____</p>	<p><b>Date</b> <i>Fecha</i></p> <p>_____</p>
---	--

The following treatment plan, benefits, alternative treatments, and significant risk factors associated with this treatment have been explained to my satisfaction.

*El siguiente plan de tratamiento, beneficios, tratamientos alterno, y factores significativos asociados con este tratamiento han sido explicados a mi mayor entendimiento.*

<p><b>Preventive Sealant</b> <i>Sellantes Preventivos</i></p> <p>_____</p>	<p><b>Dental Filling(s)</b> <i>Relleno o empaste</i></p> <p>_____</p>
<p><b>Extraction</b> <i>Extracciones</i></p> <p>_____</p>	<p><b>Local or Topical Anesthesia</b> <i>Anestecia local o superficial</i></p> <p>_____</p>
<p><b>Dental Impression</b> <i>Impresiones Dentales</i></p> <p>_____</p>	<p><b>Other:</b> _____ <i>Otro:</i> _____</p>

<p><b>Patient or Legal Guardian Signature</b> <i>Firma del paciente o guardian legal</i></p> <p>_____</p>	<p><b>Date</b> <i>Fecha</i></p> <p>_____</p>
---	--

<p><b>Dentist Signature</b> <i>Firma de dentista</i></p> <p>_____</p>	<p><b>Date</b> <i>Fecha</i></p> <p>_____</p>
---	--