

St. Luke's Dental Health Center
855 A Ave NE MOP LL1
Cedar Rapids, IA 52402

Consent for Use of Medical Stabilization Wrap

I give consent for the placement of the child named below into the medical stabilization wrap known as the "papoose board". This medical immobilization wrap will be used for the control of arm and leg movements during dental treatment. This procedure has been fully explained and all questions have been answered.

Yo doy consentimiento para poner al niño(a) nombrado abajo en el rebozo de estabilización médica conocido como el "papoose board". Este rebozo médico de inmovilización será usado para el control de los movimientos de los brazos y las piernas del niño(a) durante el tratamiento dental. Este procedimiento ha sido explicado en su totalidad y todas mis preguntas han sido contestadas.

Date/Fecha: _____

Child's name/Nombre del niño(a): _____

Parent/Guardian Signature/ Firma del Padre/Madre/Guardián:

Dentist Signature /Firma del Dentista: _____