

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Por favor lea y escriba las iniciales de su nombre en cada uno de los siguientes parrafos, y lea y firme las seccion al pie de esta forma.

Nombre del Paciente _____

1. TRATAMIENTO A HACERSE

Entiendo que me haran el siguiente tratamiento: Empaste_____ Puentes_____ Coronas_____ Extraccion de Dientes_____ Extraccion de Dientes Impactados_____ Anestesia General_____ Conducto Radicular_____ Otro_____ (Iniciales_____)

2. FARMACOS Y MEDICAMENTOS

Entiendo que los antibioticos y analgesicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alergicas causando el enrojecimiento e inflamacion de tejidos, dolor, comezion, vomito, y/o choque (reaccion alergica severa). (Iniciales_____)

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede que sea necesario camber o anadir procedimientos deblo a las condiciones que se encuentren mientras se da el tratamiento a mi dentadura que no hayan sido encontradas durante la examinacion, siendo lo mas comun la terapia de conducto radicular, seguido de procedimientos restaurativos rutinarios. Doy mi permiso al Dentista para que haga cualquier/todos los cambios y anadiduras necesarios. (Iniciales_____)

4. EXTRACCION DE DIENTES

Se me han explicado las alternativas a una extraccion de dientes (terapia de conducto radicular, coronas, y cirugia periodontal, etc.) y autorizo al Dentista extraerme los siguientes dientes _____ y cualquier otro(s) que sea necesario por motivos descritos en el parrafo #3. Entiendo que la extraccion de dientes no siempre remueve toda la infeccion, si la hay ,y puede que necesito tratamiento adicional. Entiendo cuales son los riesgos de una extraccion de dientes, algunos de los cuales son dolor, inflamacion, propagacion de la infeccion, alveolo seco, perdida de sensibilidad en mis dientes, labios, lengua y tejido circundante (Parestesia) que puede durar por u period de tiempo indefinido (dias o meses), o quijada fracturada. Entiendo que puedo neceistar tratamiento adicional un especialista o hasta ser hospitalizado si resultan complicaciones durante o despues del tratamiento, y es mi responsabilidad pagar por el costo de esto. (Iniciales_____)

5. CORONAS, PUENTES Y CAPERUZAS

Entiendo que algunas veces no es posible igualar exactamente el color de la dentadura postiza al de la dentadura natural. Ademas entiendo que puede que traiga coronas temporalis que pueden caerse facilmente y que debo tener cuidado para asegurarme de que no se caigan hasta que se entreguen las coronas permanentes. Estoy enterado que la ultima oportunidad para hacer cambios a mi nueva corona, puente o caperuza (incluyendo cambios en la forma, adaptacion, tamano, y color) la tendre antes de la cementacion. (Iniciales_____)

6. DENTADURAS POSTIZAS, COMPLETAS O PARCIALES

Estoy enterado de que las dentaduras postizas completas o parciales son artificiales, construidas de plastic, metal, y/o porcelana. Se me han explicado los problemas que pueden surgir por usar estos aparatos, incluyendo aflojamiento, dolor, y posible ruptura. Entiendo que la ultima oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura postiza (incluyendo cambios en la forma, adaptacion, tamano, y color) la tendre cuando asista a la consulta para probarme los "dientes en cera." Entiendo que la mayoría de las dentaduras positzas requieren otra alineacion aproximadamente de tres a doce meses despues de la colocacion inicial. El costo de este procedimiento no esta incluido en el costo inicial de la dentadura postiza. (Iniciales_____)

7. TRATAMIENTO ENDODONTICO (CONDUCTO RADICULAR)

Entiendo que no hay garantia de que el tratamiento de conducto radicular salvara mi diente, y que pueden presentarse complicaciones por el tratamiento, y que en ocasiones, se cementan objetos de metal en el diente o se extienden a traves del conducto radicular, lo cual no necesariamente afecta el exito del tratamiento. Entiendo que en ocasiones puede necesitarse de procedimientos quirurgicos adicionales despues de un tratamiento de conducto radicular (apicoectomia). (Iniciales_____)

8. PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO)

Entiendo que tengo una condicion grave, que esta causando inflamacion o perdida de encias y de hueso, y que puede causar la perdida de mis dientes. Se me han explicado planes de tratamiento alternativos, incluyendo cirugia de las encias, reemplazo y/o extracciones. Entiendo que el someterse a cualquier procedimiento dental puede tener un efecto negativo en el future en mi condicion periodontal. (Iniciales_____)

Entiendo que la odontologia no es una ciencia exacta y que, po to tanto, practicos acreditados no pueden garantizar resultados por complete. Reconozco que nadie me ha garantizado o asegurado nada respect al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas. Estoy satisfecho que me han respondido a las preguntas. Do mi consentimiento para que se lleve a cabo el tratamiento propuesto.

Firma del Paciente _____

Fecha _____

Firma del Padre/Tutor (si el paciente es menor de edad) _____

Fecha _____