

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/a sección a/ 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 _____

2. FARMACOS Y MEDICAMENTOS

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

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede que sea necesario cambiar o anadir procedimientos debido 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 como 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.

4. EXTRACCION DE DIENTES

Me han explicado las alternativas a una extraccion de dientes (terapia de conducto radicular, coronas, y cirugia periodontal, etc.) y autorizo el 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 necesite tratamiento adicionales. Entiendo cuales son los riesgos, 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 un periodo de tiempo indefinido (dias o meses), o quijada fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o hasta ser hospitalizada si resultan complicaciones durante o despues del tratamiento, y es mi responsabilidad pagar por el costo de esto.

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 se pueden usar coronas temporales que pueden caerse facilmente y que debo tener cuidado para que no se caigan hasta que se entreguen las coronas permanentes. Entiendo que la ultima oportunidad para hacer cambios a mi nueva corona, puente caperuza (incluyendo cambios en la forma, adaptacion, tamaño, y color) la tendre antes de la cementacion.

6. DENTADURAS POSTIZAS, COMPLETAS O PARCIALES

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

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 ocaciones, se cementan objetos de metal en el diente o se extienden a traves del conductor radicular, lo cual no necesariamente afecta el exito de tratamiento. Entiendo que en ocasiones puede necesitarse de procedimiento quirurgicos adicionales despues de un tratamiento de conducto radicular (apicoectomia).

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, remplazo y/o extracciones. Entiendo que es someterse a cualquier procedimiento dental puede tener un efecto negativo en el futuro en mi condicion periodontal.

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

Firma del Paciente/Firma del Padre/Tutor si el paciente es menor de edad _____ Fecha _____

Firma de Dentista _____ Fecha _____