

TRABAJO DENTAL GENERAL CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

1. TRABAJO POR HACER

Entiendo que me van a hacer el siguiente trabajo dental: Rellenos Puentes Coronas Extracciones

Extraer muelas impactadas Tratamiento de Nervio Tratamiento de encia Selladores Blanqueado de Dientes

Examinacion Radiografias Limpieza

(Iniciales) _____

2. DROGAS Y MEDICINAS

Entiendo que los antibioticos, analgesicos y anestesia local, asi como otros medicamentos pueden causar reacciones alergicas provocando urticaria (comezon) e inflamación de los tejidos, dolor, vomitos, y/o choque anafilactico (reaccion alergica severa).

(Iniciales) _____

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el curso del tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar algunos procedimientos debido a condiciones encontradas en los dientes en el transcurso del trabajo que no fueron detectadas durante la examinacion inicial, el mas comun es el tratamiento del nervio después de procedimientos rutinarios restaurativos. Le doy mi permiso al Doctor para hacer estos cambios cuando sean necesarios.

Cambios: _____ **Fecha:** _____ (Iniciales) _____

4. EXTRACCION DE DIENTES

Dientes: _____ **Fecha:** _____

Entiendo que al sacar dientes no siempre remueve toda la infeccion (si existe), y puede ser necesario tener tratamiento adicional. Reconozco los riesgos involucrados al sacar dientes, algunos de los cuales son dolor, hinchazon, extension de la infeccion, alveolo seco, perdida de sensacion en los dientes, labios, lengua y tejido adyocente (Parestesia) que puede durar un periodo indefinido (dias o meses) o fracturarse la mandibula.

Entiendo que pueda necesitar mayor tratamiento por un especialista o ser hospitalizado si surgen complicaciones durante o despues del tratamiento, el costo del cual es mi responsabilidad. Me han sido explicadas las alternativas a la extraccion (tratamiento de conducto, coronas, cirugia de la encia, etc.) y autorizo al Doctor extraer los siguientes dientes _____ y cual quier otros, por razones mencionadas en el parrafo # 3.

(Iniciales) _____

5. RELLENOS — **RESINAS** **AMALGAMAS** **Fecha:** _____

Los rellenos de amalgam de plata son utilizados principalmente para restaurar deintes posteriores. Las resinas a base de composite (de color natural) se usan para restaurar los dientes anteriores. Comprodo que el Dentista determinara el material de restauración mas apropiado para mi diente(s). Ademas, tengo la opcion de seleccionar el material de restauración final por razones de salud, personal y/o cosmetica y ect. Sere responsable del costo del tratamiento si no es cubierto por la aseguranza.

(Iniciales) _____

6. **CORONAS** **PUENTES de PORCELANA** **VENEERS** **Fecha:** _____

Entiendo que algunas veces no es posible obtener el mismo color de dientes naturales con dientes artificiales. Ademas, entiendo que pueda yo tener coronas provisionales que se despegan facilmente y que debo tener mucho cuidado para asegurar que no se caigan hasta que las coronas permanentes me sean entregadas. Entiendo que la ultima oportunidad para hacer cambios en me nueva corona, puente o casquillo (incluyendo forma, ajuste, tamano y color) sera antes de la cementacion.

(Iniciales) _____

7. DENTADURAS — **COMPLETAS** **PARCIALES**   **Fecha:** _____

Entiendo que las dentaduros completas y parciales son artificiales, construidas de plastico, metal y/o porcelana. Me han explicado los problemas que pueden surgir al usar estos aparatos, tales como desajustes, inflamacion, y posible fractura. Entiendo que la ultima oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura (incluyendo forma, ajuste, tamano, colocacion y color) sera durante la visita para probar "los dientes en cera".

Entiendo que la mayoría de las dentaduras requieren un rebasamiento o reajuste de tres a doce meses despues de ser entregadas inicialmente. El costo por este procedimiento no esta incluido en el precio original de la dentadura postiza.

(Iniciales) _____

8. TRATAMIENTO DE ENDODONCIA **Dientes:** _____ **Fecha:** _____

Entiendo que no hay ninguna garantia que el tratamiento de endodoncia salvara mi diente, y que pueden surgir complicaciones del tratamiento que a veces objetos de metal con cementados odentro del diente o se extienden por fuera del diente que no afecta necesariamente el exito del tratamiento. Entiendo que a veces sean necesarios procedimientos quirurgicos adicionales despues de tratamiento. endodontico (Apicoectomia).

(Iniciales) _____

9. PERDIDA PERIODONTAL (TRATAMIENTO DE ENCIA) **Fecha:** _____

Entiendo que tengo una seria condicion que causa inflamacion de las encias o perdida de hueso y que puede resultar en la perdida de mis dientes. Los tratamientos alternativos me han sido explicados, incluyendo cirugia de la encia, piezas de repuesto y/o extracciones. Entiendo que el seguir con cualquier procedimiento dental pueda tener en un futuro un efecto adverso sobre mi condicion periodontal.

(Iniciales) _____

Entiendo que el trabajo dental no es una ciencia exacta y por consiguiente los practicantes bien reconocidos no pueden garantizar propiamente los resultados. Reconozco que nadie me ha dado ninguna garantia o seguridad con respecto al tratamiento dental que he pedido y autorizado. He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas de mi interes. Mis preguntas han sido contestadas a mi entera satisfaccion. Doy mi consentimiento para el tx. propuesto.

Firma _____
Paciente o Padre/Guardian,(si el Paciente es menor de edad)

Fecha _____

Doctor _____ **Fecha** _____ **Testigo** _____