

CONSULTORIO DENTAL PEARLY WHITES
FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor lea y escriba sus iniciales en las opciones seleccionadas a continuación. Firme al final

Fecha: _____ Iniciales del Asistente: _____

1. **Procedimientos a Realizar**
Entiendo que se me hará el siguiente trabajo el día de hoy. #’s de Dientes _____
Empaste _____ Coronas _____ Extracciones _____ Endodoncia _____ Otro _____
2. **Drogas y Medicamentos**
Entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando enrojecimiento e hinchazón de tejidos, dolor, picazón, vómito y/o choque anafiláctico (reacción alérgica severa)
He informado al doctor de mi alergia a las drogas.
Iniciales _____
3. **Cambios en el Plan de Tratamiento**
Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos por las condiciones encontradas mientras se trabaja en los dientes y que no fueron descubiertas durante la revisión, siendo lo más común la terapia de endodoncia seguida de procedimientos de restauración de rutina.
Doy mi permiso al Dentista de hacer cualquier/todo cambio y adiciones como sea necesario.
Iniciales _____
4. **Extracción del Diente**
Se me han explicado alternativas para extraer los dientes (terapia de conducto radicular, coronas, terapia periapical, etc) Yo autorizo al Dentista para que extraiga el siguiente(s) diente(s) _____ y cualquier otro diente necesario por razones que se mencionan en el punto #3. Entiendo que extraer los dientes no siempre erradica la infección presente, y puede ser necesario tratamiento adicional. Entiendo los riesgos involucrados en la extracción de dientes, dolor, hinchazón y propagación de la infección, alveolo seco, pérdida de sensación de mis labios, lengua y tejido circundante (Parestesia) que puede durar por un período indeterminado (de días a meses) o mandíbula fracturada.
Entiendo que pueda necesitar tratamiento adicional por un especialista o incluso hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, de lo cual el costo es mi responsabilidad.
Iniciales _____
5. **Coronas y Puente (cubiertas)**
Entiendo que no siempre es posible igualar el matiz de los dientes naturales con dientes artificiales. Además entiendo que quizá tenga que usar coronas temporalmente que pudieran zafarse fácilmente. Entiendo que deberé tener precaución para asegurarme de que la(s) corona(s) temporal(es) se mantengan en su lugar hasta que se coloque la corona permanente. Me doy cuenta de que la última oportunidad de hacer cambios en mi corona o puente (incluyendo forma, tamaño y matiz) es antes de la cementación final.
Iniciales _____
6. **Dentaduras Completas, Dentaduras Individuales y Parciales**
Entiendo que las dentaduras completas y parciales son construidas artificialmente de plástico, metal y/o porcelana. Entiendo que pueden surgir problemas mientras se usan estos artefactos tales como holgura, dolor y posible ruptura. Me doy cuenta de que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura completa/parcial (forma, tamaño, ajuste, colocación y matiz) se hará en el ensayo con “cera” durante la consulta. Entiendo que la mayoría de las dentaduras requieren realineación aproximadamente de 3 a 12 meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en los pagos iniciales.
Iniciales _____
7. **Tratamiento Endodóncicos (Terapia de Conducto Radicular)**
Entiendo que no hay garantía de que el tratamiento de endodoncia salve mi diente, y que pueden ocurrir complicaciones del tratamiento y en ocasiones que los instrumentos de endodoncia pueden

romperse dentro del diente, y también puede extenderse a través del diente, lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. Entiendo que ocasionalmente pueden ser necesarios procedimientos quirúrgicos adicionales después del tratamiento de endodoncia (Apicectomía).

Iniciales _____

8. Pérdida Periodontal (Tejido y Hueso)

Entiendo que tengo una condición seria, causando infecciones en la encía y hueso y pérdida del hueso. Entiendo que puede ocurrir la posibilidad de perder mi hueso. Se me han explicado planes de tratamiento alternativo incluyendo la cirugía de encía, extracciones y/o reemplazos. Entiendo que asumir cualquier procedimiento dental puede tener un efecto adverso futuro en mi condición periodontal.

Iniciales _____

Entiendo que la Odontología no es una ciencia exacta y que los profesionales no pueden garantizar resultados. Reconozco que ninguna garantía o certeza se me ha dado por nadie en relación con el tratamiento dental que he requerido y autorizado para mí o mi hijo(a) menor. He tenido la oportunidad de discutir y hacer preguntas sobre el tratamiento dental y todas las preguntas me han sido respondidas satisfactoriamente.

Firma del Paciente o Tutor

Fecha _____

Por favor ponga el nombre del Paciente/Tutor _____