

PEARLY WHITES DENTAL CLINIC, INC.

Este es mi consentimiento informado libre y voluntario para que Pearly Whites Dental Hygiene Clinic, Inc. realice lo siguiente: _____

He informado al doctor mi historial médico pasado, y cualquier enfermedad, lesión, tratamiento y medicamentos que estoy tomando actualmente.

Doy mi consentimiento para la administración de anestesia local como el doctor considere necesario.

Se me ha informado de la necesidad, el beneficio y las alternativas para este procedimiento. Entiendo que los riesgos operatorios incluyen, más no están limitados a:

- Incomodidad post-operatoria
- Hinchazón en el área operada
- Sangrado de duración prolongada
- Hematoma (moretones o decoloración del tejido)
- Infección (alveolo seco) que puede requerir tratamiento adicional
- Fractura de hueso
- Fractura de dientes y/o nervios: la decisión de dejar una pequeña porción de nervio en el maxilar podría requerir cirugía extensiva para quitarla.
- Daño a dientes adyacentes o restauraciones.
- Posibilidad de daño y/o rigidez del cuello y/o músculos faciales
- Malestar en la mandíbula con apertura restringida de la boca por varios días o semanas
- Cambios en la oclusión (mordida)
- Reacción al medicamento
- Complicación en el seno nasal: fístula oroantral (una abertura dentro del seno nasal desde la boca) con extracción del diente maxilar (superior)
- Parestesia (entumecimiento) del labio, la barbilla, la lengua, las encías, las mejillas y/o los dientes del lado operado con la extracción del diente mandibular (inferior). Esto puede persistir por varios días, semanas, o meses, o en casos remotos, de manera permanente.

Declaro que me han sido entregadas y que he entendido las instrucciones post-operatorias.

Se me ha explicado y entiendo que no hay garantía para cualquier resultado y/o cura.

Certifico que he tenido la oportunidad de leer y entender completamente los términos y trabajos dentro del consentimiento arriba mencionado para el procedimiento y la explicación hecha o referente a esto, y que todos los espacios en blanco que requieren respuesta han sido llenados y en las partes que no aplican, si hay alguna, fueron tachadas antes de firmar.

Firma del Paciente _____ Fecha: _____
(Padre o Tutor para Menores de Edad)