

TRABAJO DENTAL GENERAL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Chart Number _____

Nombre del Paciente _____

1. Trabajo por hacer

Entiendo que me van a hacer el siguiente trabajo: Rellenos____, Puentes____, Coronas____, Extracciones____
Extraer muelas impactadas____, Anestesia General____, Tratamiento de los nervios____, Otros X-Rays, (Iniciales____)

2. Drogas y Medicinas

Entiendo que los antibioticos y analgesicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alergicas provocando urticaria e hinchazon de los tejidos, dolor, comezon, vomitos y/o choques anafalacticos (reaccion alergica severa). (Iniciales____)

3. Cambios en el Plan de Tratamientos

Entiendo que durante el curso puede ser necesario cambiar o añadir algunos procedimientos debido a condiciones encontradas en los dientes en el transcurso del trabajo que no fueron descubiertas durante la examinacion, el mas comun siendo terapia de los conductos despues de procedimientos rutinarios restorativos. Le doy mi permiso al Doctor hacer estos cambios o añadiduras cuando sean necesarios. (Iniciales____)

4. Extraccion de Dientes

Me han sido explicadas las alternativas a la extraccion (terapia de los conductos, coronas, cirugia de la encia,etc.) y autorizo al Doctor extraer los siguientes dientes_____ y cualquier otros por razones en el parrafo #3. 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 al veolo seco, perdida de sensacion en los dientes, labios, lengua y tejido rodeante (Parastesia) que pueden durar un periodo indefinido (dias o meses) o quijada fracturada. Entiendo que pueda necesitar mayor tratamiento por un especialista o aun ser hospitalizado si surgen complicaciones durante o despues del tratamiento, el costo del cual es mi responsabilidad (Iniciales____)

5. Coronas, Puentes y Casquillos

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 mi nueva corona, puente o casquillo (incluyendo forma, ajuste, tamaño y color) sera antes de la cementacion (Iniciales____)

6. Dentaduras-completas o parciales

Entiendo que las dentaduras completas o parciales son artificiales, construidas de plastico, metal y/o porcelana. Me han explicado los problemas que pueden surgir al usar estos aparatos tales como soltura, inflamacion y posible rotura. Entiendo que la ultima oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura (incluyendo forma, ajuste, tamaño, colocacion y color) sera durante la visita de probar "los dientes de cera". Entiendo que la mayoría de las dentaduras requieren un rebasamiento de tres o doce meses de ser entregadas inicialmente. El costo de por este procedimiento no esta incluido en el precio original de la dentadura postiza. (Iniciales____)

7. Tratamiento de Endodoncia (de los nervios o conductos)

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

8. Perdida Periondotal (Tejido y Hueso)

Entiendo que tengo una severa condicion que causa inflamacion o predida de las encias o 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 respuesto y/o extracciones. Entiendo que el seguir con cualquier procedimiento dental puede tener un futuro efecto adverso sobre mi condicion periodontal.

Entiendo que el trabajo dental no es una ciencia exacta y por consiguiente los practicantes bien reputados 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.

Firma _____ Fecha _____

Doctor _____ Testigo _____