

# FORMA DE CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DENTAL

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Por favor marque con sus iniciales los artículos marcados a continuación y leer y firmar la sección en la parte inferior del formulario.

## 1.Lumpiezas Periodicas:

Limpiezas periódicas consisten en lo siguiente: examen, rayos X, profilaxis (limpieza) o mantenimiento periodontal. (Iniciales\_\_\_\_\_)

## 2.DROGAS Y MEDICAMENTOS

Entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos y / o shock anafiláctico (reacción alérgica grave). (Iniciales\_\_\_\_\_)

## 3.CAMBIOS EN PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentren mientras los dientes que no fueron descubiertos durante el examen, la terapia de conducto radicular ser más común después de los procedimientos de restauración de rutina. Doy mi permiso al dentista para hacer cualquier / todos los cambios y adiciones que sean necesarias. (Iniciales\_\_\_\_\_)

## 4. ELIMINACION DE DIENTES

Alternativa a la extirpación han explicado a mí (tratamiento de conducto, coronas, y la cirugía periodontal, etc.) y me. Entiendo quitando los dientes no siempre remueve toda la infección, si la hay, y puede ser necesario un tratamiento adicional. Entiendo el riesgo que implica haber quitado los dientes, algunos de los cuales son dolor, hinchazón, propagación de la infección, alveolitis seca, pérdida de sensibilidad en los dientes, los labios, la lengua y el tejido circundante (Parestesia) que puede durar por un periodo de tiempo indefinido (días o meses) o la mandíbula fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o incluso la hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, el costo de los cuales es mi responsabilidad. (Iniciales\_\_\_\_\_)

## 5.CORONA, PUENTES Y CAPAS

Entiendo que a veces no es posible hacer coincidir el color de los dientes naturales exactamente con los dientes artificiales. Además, entiendo que puede que traiga coronas temporales que pueden caerse fácilmente y que debo tener cuidado para asegurarse de que se caigan hasta que se entreguen los coronas permanentes. Yo que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva corona, puente o caperuza (incluyendo forma, ajuste, tamaño y color) será antes de la cementación. (Iniciales\_\_\_\_\_)

## 6.DENTADURA, total o parcial

Soy consciente de que las dentaduras completas o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal, y / o porcelana. Los problemas de uso de estos aparatos han sido explicados, incluyendo aflojamiento, dolor y posible rotura. Yo que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura postiza (incluyendo forma, ajuste, tamaño, ubicación y color) serán los "dientes en cera" Prueba de la visita. Yo entiendo que la mayoría de las dentaduras necesitar revisiones y cambios de aproximadamente tres a doce meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en la tarifa inicial de la dentadura. (Iniciales\_\_\_\_\_)

## 7. El tratamiento endodóntico (CANAL RAIZ)

Me doy cuenta de que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular salvará mi diente, y que pueden presentar complicaciones del tratamiento, y que los objetos de vez en cuando de metal son cementados en el diente o extenderse a través de la raíz, que no afecta necesariamente el éxito del tratamiento. Yo entiendo que pueden ser necesarios procedimientos quirúrgicos adicionales de vez en cuando después de un tratamiento de conducto radicular (apicectomía). (Iniciales\_\_\_\_\_)

## 8.RELLENOS

Yo entiendo que se debe tener cuidado en la masticación en los rellenos, especialmente durante las primeras 24 horas para evitar roturas. Yo entiendo que una más amplia relleno que originalmente diagnosticada posible que se requiera debido a la desintegración adicional. Yo entiendo que la sensibilidad significativa es común después de un efecto de relleno recién colocado. (Iniciales\_\_\_\_\_)

## 9. PÉRDIDA PERIODONTAL (tejido y hueso)

Yo entiendo que tengo una enfermedad grave, causando la infección de las encías y el hueso o pérdida y que puede conducir a la pérdida de los dientes. planes de tratamiento alternativos han sido explicados, incluyendo cirugía de las encías, reemplazos y / o extracciones. Entiendo que el someterse a cualquier procedimiento dental puede tener un efecto negativo en el futuro en mi condición periodontal. (Iniciales\_\_\_\_\_)

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, los profesionales acreditados no pueden garantizar resultados por completo. Reconozco que hay garantía o seguridad se ha hecho nada respecto al tratamiento dental que he solicitado satisfacción. Doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto.

Firma del paciente / tutor, si el paciente es un menor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_