

## TRABAJO DENTAL GENERAL CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

CHART NUMBER \_\_\_\_\_

### TRABAJO POR HACER

Entiendo que me van a hacer el (siguiente) trabajo: Rellenos \_\_\_\_\_, Puentes \_\_\_\_\_, Coronas \_\_\_\_\_, Extracciones \_\_\_\_\_, Extraer muelas  
sacadas \_\_\_\_\_, Sedación \_\_\_\_\_, Tratamiento de los Nervios \_\_\_\_\_, Otro \_\_\_\_\_ (Iniciales \_\_\_\_\_)

### DROGAS, MEDICINAS, Y SEDACIÓN

Me han informado y entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos puedan causar reacciones alérgicas resultando en inflamación e hinchazón  
de los tejidos, dolor, comezón, vómito, y/o choque anafiláctico (severa reacción alérgica) y puedan causar dolor, tromboflebitis (inflamación de una vena) de las  
veas intravenosas e intramusculares, dañar y atesar los músculos faciales y del cuello. Puedan causar somnolencia y falta de conocimiento y coordinación  
puedan ser aumentados por el uso de alcohol u otras drogas. No operaré ningún vehículo o aparato peligroso hasta después de 12 horas o hasta estar completamente  
operado de los efectos de la anestesia, medicación y drogas que me puedan haber administrado en la oficina para mi tratamiento. Entiendo que el no tomar las  
medicinas prescritas en la manera prescrita pueda resultar en riesgos de infección y dolor continuos o agravados y resistencia potencial al tratamiento eficaz de mi  
condición. (Iniciales \_\_\_\_\_)

### CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el curso del tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir algunos procedimientos debido a condiciones encontradas en los dientes  
a lo transcurso del trabajo que no fueron descubiertas durante la examinación, el más común siendo terapia de los conductos después de procedimientos rutinarios  
preventivos. Le doy mi permiso al Doctor hacer estos cambios añadiduras cuando sean necesarios. (Iniciales \_\_\_\_\_)

### EXTRACCIÓN DE DIENTES

Me han sido explicadas las alternativas a la extracción (terapia de los conductos, coronas, cirugía de la encía, etc.) y autorizo al Doctor extraer los siguientes  
dientes \_\_\_\_\_ y cualquier otros por razones en el párrafo #3. Entiendo que el sacar dientes no siempre remueve toda la infección (si existe),  
puede ser necesario tener tratamiento adicional. Reconozco los riesgos involucrados al sacar dientes, algunos de los cuales son dolor, hinchazón, extensión,  
olor seco, pérdida de sensación en los dientes, labios, lengua y tejido rodeante (Parastésia) que puede durar un período indefinido o quijada fracturada. Entiendo  
pueda necesitar mayor tratamiento por un especialista o aún ser hospitalizado si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, el costo del cual es  
mi responsabilidad. (Iniciales \_\_\_\_\_)

### CORONAS, PUENTES, CASQUILLOS, LAMINADOS Y BONDING

Entiendo que algunas veces no es posible obtener el mismo color de dientes naturales con dientes artificiales. Además, entiendo que pueda yo tener coronas  
visuales que se despegan fácilmente y que debo tener mucho cuidado para asegurar que no se caigan hasta que las coronas permanentes me sean entregadas.  
Entiendo que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva corona, puente o casquillo (incluyendo forma, ajuste, tamaño y color) será antes de la  
instalación.

Me ha sido explicado que, en algunos pocos casos, tratamientos cosméticos puedan resultar en la necesidad de futuro tratamiento endodóntico, que no siempre  
de ser previsto o anticipado. Entiendo que procedimientos cosméticos puedan afectar las superficies dentales y puedan necesitar modificación de los diarios  
procedimientos de limpieza. (Iniciales \_\_\_\_\_)

### DENTADURAS - COMPLETAS O PARCIALES

Entiendo que las dentaduras completas y parciales son artificiales, construidas de plástico, metal y/o porcelana. Me han explicado los problemas que pueden  
ocurrir al usar estos aparatos, tales como soltura, inflamación, y posible rotura. Entiendo que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura  
(incluyendo forma, ajuste, tamaño, colocación y color) será durante la visita de probar "los dientes en cera". Entiendo que la mayoría de las dentaduras requieren  
rebasamiento de tres a doce meses después de ser entregadas inicialmente. El costo por este procedimiento no está incluido en el precio original de la dentadura  
completa. (Iniciales \_\_\_\_\_)

### TRATAMIENTO DE ENDODONCIA (DE LOS NERVIOS O CONDUCTOS)

Entiendo que no hay ninguna garantía que el tratamiento de endodoncia salvará mi diente, y que pueden surgir complicaciones del tratamiento, y que a veces  
los restos de metal son cementados adentro del diente o se extienden por fuera del diente que no afecta necesariamente el éxito del tratamiento. Entiendo que a veces  
se necesitan procedimientos quirúrgicos adicionales después de tratamiento endodóntico (Apicoectomía). (Iniciales \_\_\_\_\_)

### PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO)

Entiendo que tengo una severa condición que causa inflamación o pérdida de las encías o hueso y que puede resultar en la pérdida de mis dientes. Los  
tratamientos alternativos me han sido explicados, incluyendo cirugía de la encía, piezas de repuesto y/o extracciones. Entiendo que el seguir con cualquier  
procedimiento dental pueda tener un futuro efecto adverso sobre mi condición periodontal. (Iniciales \_\_\_\_\_)

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 garantía o seguridad con respecto al tratamiento dental que he pedido y autorizado. Entiendo  
que cada Dentista es un practicante individual y se hace responsable de manera individual por el cuidado dental prestado. También entiendo que  
ningún otro Dentista aparte del dentista que me trata ni ~~dentista~~ se hace responsable por mi tratamiento dental. Entiendo y he recibido las  
instrucciones post-operativas y me han dado una cita para regresar.