



## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DENTAL

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

**Por favor, inicial cada párrafo después de leer. Si tiene alguna pregunta, por favor consulte a su médico ANTES de iniciar la sesión.**

Usted tiene el derecho de ser informado sobre su diagnóstico y procedimiento planeado para que pueda decidir si tiene un procedimiento o no después de conocer los riesgos, beneficios y opciones alternativas.

Su diagnóstico es:  Caries  Diente roto  Diente canalizado radicular  Otro: \_\_\_\_\_

Su tratamiento planificado es:  Llenado (s)  Corona  Otro: \_\_\_\_\_

Los métodos alternativos de tratamiento incluyen:  Rellenos  Ninguno  Otro: \_\_\_\_\_

Entiendo que una buena higiene bucal es esencial para prevenir la caries y para ayudar en el tratamiento exitoso de las condiciones dentales.

\_\_\_\_\_ 1. **Medicamentos y Medicamentos:** Entiendo que los antibióticos, los medicamentos para el dolor, los anestésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas, resultando en enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, picazón, dolor, náuseas y vómitos o reacciones alérgicas más severas. He dicho al doctor de cualquier alergia conocida. Sé que es importante tomar cualquier medicamento que se me receten según se indica para ayudar a minimizar problemas potenciales. Ciertos medicamentos pueden causar somnolencia y no debo manejar o manejar equipo peligroso al usar dichos medicamentos. Si tengo un problema, debo recibir atención médica apropiada de mi médico o en emergencias llamando al 911.

\_\_\_\_\_ 2. **Rellenos:** Entiendo que una restauración más extensa que la planeada originalmente puede ser requerida debido a las condiciones adicionales descubiertas durante la preparación. También entiendo que mi diente puede no ser salvable y puedo necesitar otras opciones de tratamiento incluyendo un canal de raíz o extracción. Entiendo que los cambios importantes en la respuesta a la temperatura pueden ocurrir después de la restauración del diente. Me doy cuenta de que los empastes raramente son "permanentes" y normalmente requieren reemplazo periódico.

\_\_\_\_\_ 3. **Coronas y Puentes:** Entiendo que a veces no es posible igualar exactamente el color de los dientes naturales con los dientes artificiales. Además, entiendo que puedo estar usando coronas temporales que son propensas a aflojarse y pueden necesitar recementing. Yo notificaré a mi médico si eso sucede para que una restauración temporal se mantenga hasta que se entregue la restauración final. Me doy cuenta de que cualquier cambio en el color, forma, tamaño, etc. de una corona que pueda desear debe hacerse antes de la fabricación final de la restauración. Es mi responsabilidad volver para la preparación de los dientes y la cementación final de la restauración según las indicaciones de mi médico. Si la corona o el puente se desprende en cualquier momento, necesito llamar al médico. Entiendo que podría necesitar tratamiento adicional por parte de un especialista si surgen complicaciones durante el tratamiento, y yo soy responsable de pagar cualquiera de esos costos.

\_\_\_\_\_ 4. **Dentaduras:** Entiendo que usar dentaduras postizas no es un proceso simple, que la eficiencia de la masticación disminuirá y que las prótesis dentales no son "permanentes". Los puntos doloridos, el habla alterada y la dificultad para comer son problemas comunes. Prótesis inmediata (colocación de una dentadura inmediatamente después de las extracciones) puede ser bastante incómodo durante varios días. Las dentaduras inmediatas requieren un ajuste frecuente y una o más restauraciones permanentes dentro de varios meses. Entiendo que el no mantener las citas puede resultar en un resultado menos deseable. Un proceso natural de la reabsorción del hueso ocurre haciéndolo necesario tener un chequeo anual. Si se produce una estabilización insatisfactoria de las dentaduras postizas, pueden ser necesarias otras opciones, incluyendo implantes dentales, para ayudar a la estabilización. Si es necesario rehacer la prótesis porque no he vuelto en el tiempo necesario, puede haber costos adicionales.

\_\_\_\_\_ 5. **Cambios en el Plan de Tratamiento:** Entiendo que puede ser necesario durante el tratamiento cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones descubiertas durante el tratamiento que no fueron evidentes durante el examen. Si es así, seré aconsejado por mi médico.

Entiendo que mi médico no puede prometer que todo será perfecto. Entiendo que el tratamiento mencionado anteriormente y otras formas de tratamiento o ningún tratamiento son opciones que tengo. He leído y entiendo lo anterior y doy mi consentimiento para recibir el tratamiento recomendado. He dado un historial médico completo y veraz, incluyendo todos los medicamentos, uso de drogas, embarazo, etc. Certifico que hablo, leo y escribo inglés. Todas mis preguntas han sido contestadas antes de firmar este formulario.

Firma del paciente (o tutor legal): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_