



CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DE PACIENTE: _____ **# DE EXPEDIENTE:** _____

1. TRABAJO POR HACER

Comprendo que harán el siguiente trabajo: Restauración (Rellenos), Puentes, Coronas, Extracción, Remover Dientes impactados, Anestesia General, Tratamiento de Conducto, Dentaduras Postizas, Parciales, Puentes Removibles, Tratamiento de Encía, Otro _____.

Iniciales _____

2. DROGAS Y MEDICINAS

Comprendo que antibióticos y analgésicos y otras medicinas pueden causar reacciones alérgicas causando enrojecimiento o hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vomito, y/o choque anafilaxis (severa reacción alérgica).

Iniciales _____

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Comprendo que es posible que durante se efectuó el tratamiento indicado, podría ser necesario cambiar de procedimiento por razón de que al trabajar en los dientes el Dentista puede encontrar alguna condición que no fue descubierta durante la examinación. Doy mi permiso al Dentista para que haga esos cambios si el los estima necesarios.

Iniciales _____

4. EXTRACCIÓN DE DIENTES

Las alternativas del removimiento de los dientes se me han sido explicadas (Terapia para Tratamiento de Conducto, Coronas y Cirugía de las Encías, etc.) y autorizo al Dentista que me saque los siguientes dientes: _____ y cualquier otros que el juzgue necesarios bajo el Párrafo No. 3 Comprendo que la extracción de los dientes no siempre resulta en la eliminación de la infección, si esta existe, y que un tratamiento adicional puede ser necesario. Comprendo los riesgos involucrados en el removimiento de los dientes, entre cuales se encuentran: dolor, hinchazón, desarrollo de la infección, alveolo seco, pérdida de sensación en mis dientes, labios, lengua, y tejidos a su alrededor (Parestesia) que pueden durar por un periodo de tiempo (días, meses) indefinidos, o una mandíbula quebrada. Comprendo que es posible que pueda necesitar un tratamiento adicional de un especialista, y hasta hospitalización si es que resultan complicaciones durante o subsiguiente al tratamiento.

Iniciales _____

5. ANESTESIA

Realizo los riesgos involucrados al recibir la anestesia, local, entre cuantos se encuentran: parcial parálisis facial, inflamación de tejidos, daño al nervio y entumecer, reacciones adversas a las drogas que pueden causar ataque cardiaco, malparto.

Iniciales _____

6. CORONAS, PUENTES Y CORONILLAS

Comprendo que no siempre es posible igualar con exactitud el color de los dientes naturales a los dientes postizos. También comprendo que es posible que tenga que usar coronas temporales, las cuales pueden zafarse fácilmente y por lo cual tengo que tener mucho cuidado para asegurar que se mantengan puestas hasta que las coronas permanentes sean colocadas. Y si no regreso para que me entreguen la corona permanente puede causar serio daño o pérdida de diente o dientes implicados. Y si demora la entrega de mi corona/s permanente puede causar que el diente o dientes implicados se muevan y que es posible que la corona/s permanente no ensamble bien y puede dañar mi propio diente o dientes.

Iniciales _____

7. PLACAS – COMPLETAS O PARCIALES

Comprendo que las placas completas o parciales son artificiales, construidas de materias plásticas de metal y/o porcelana. Los problemas causados por el uso de estos aparatos se me han sido explicados; incluyendo aflojamiento, dolor, y posible quebradura, y realineación causada por el cambio de tejidos y hueso.

Iniciales _____

8. TRATAMIENTO DE CONDUCTO

Comprendo que **no existe ninguna garantía** de que el tratamiento de conducto salvara mi diente, y que el tratamiento puede causar complicaciones, y que existen ocasiones en las cuales objetos de metal son cementados en el diente o extendidos por la raíz lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento, y que este tratamiento muchas veces requiere múltiple visitas y que yo puedo causar serio daño o pérdida de diente o dientes implicados si no termino el tratamiento necesario.

Iniciales _____

9. PERDIDA EN LAS ENCIAS (TEJIDOS Y HUESOS)

Comprendo que tengo una condición seria, la cual causa inflamación o pérdida de las encías y huesos lo cual puede causar la pérdida de mis dientes. Tratamientos alternativos se me han explicado, incluyendo cirugía de las encías, reemplazos y/o extracciones.

Iniciales _____

10. RESTAURACIONES (RELLENOS)

El dentista me ha informado que la restauración con amalgama de plata es un procedimiento aceptable según las pautas de la ADA y, como tal, es un tratamiento utilizado por Hope Family Dentistry. Se me ha explicado la ventaja del material alternativo.

Iniciales _____

Yo por lo presente pido y autorizo a los dentistas, y sus empleados, que me hagan el trabajo dental con el objeto de intentar mejorar mi apariencia, función, y la salud de mi boca, dientes, huesos, y tejidos de la manera explicada en el lado opuesto.

El efecto y naturaleza del proceso a llevarse a cabo, y los riesgos involucrados tanto como las alternativas de métodos de tratamiento que son posibles, se me han explicado.

También autorizo al dentista cirujano, y sus asistentes, a que efectúen cualquier otro procedimiento que juzguen necesario o deseable al intentar a mejorar mi condición como es descrita en el formato de tratamiento diagnóstico, o que traten condiciones insalubres o imprevistas que puedan encontrar durante la operación.

Sé que la práctica de Odontología y cirugía no son ciencias exactas y es por eso que las personas de buena reputación que ejercen esta profesión no pueden garantizar resultados. Reconozco que nadie me ha dado ninguna garantía o seguridad saber el tratamiento que por medio de la presente pido y autorizo.

Iniciales _____

Alternativas y posibles reacciones adversas se me han explicado detallada y claramente. Complicaciones, como infecciones, hemorragias, y/o sangradura, cicatrices, contracciones, posibles deformidades, un tiempo de recuperación más largo de lo estimado, reacciones a cualquier droga antes, durante, o después de la cirugía; adormecimiento o picazón de la lengua, labio, dientes, tejidos (Parestesia), fractura de la mandíbula, etc. me han explicado claramente.

Iniciales _____

CERTIFICO QUE HE LEIDO Y COMPRENDO TOTALMENTE EL CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO DENTAL DETALLADO ARRIBA Y LAS EXPLICACIONES QUE EN EL SE HAN REFERIDO, CUALQUIER COSA QUE NO HE ENTENDIDO SE ME HA SIDO EXPLICADA.

Firma: _____ **Relación:** _____ **Fecha:** _____

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Doctor: _____ **Testigo:** _____