

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Por favor lea y firme la seccion al pie de esta forma

Nombre del Paciente _____

1. **RAYOS-X**

Entiendo que pueden necesitar ser tomada hoy radiografias dentales

2. **FARMACOS Y MEDICAMENTOS**

Entiendo que los antibioticos y analgesicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alergicas causando el enrojecimiento e inflamacion de tejidos, dolor, comezon, vomito, y/o choque anafilactico (reaccion alergica severa)

3. **CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO**

Entiendo que durante el tratamiento puede que sea necesario cambiar o anadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentren mientras se da el tratamiento a mi dentadura que hayan sido encontradas durante la examinacion, siendo lo mas comun la terapia de conducto radicular, seguido de procedimientos restaurativos rutinarios. Doy mi permiso as Dentista para que haga cualquier/todos los cambios y anadiduras necesarios.

4. **EXTRACCION DE DIENTES**

Se me han explicado las alternativas a na extraccion de dientes (terapia de conducto radicular, coronas, y cirugia periodontal, etc.) y autorizo al Dentista extraermelos los dentes proposto en el plano de tratamiento.- y cualquier oto(s) que sea necesario por motivos descritos em el parrafo #3. Entiendo que la extraccion de dientes no siempre remueve toda la infeccion, si la hay, y puede que necesite tratamiento adicional. Entiendo cuales son los riesgos de una extraccion de dientes, algunos de los cuales son dolor, inflamacion, propagacion de la infeccion, alveolo seco, perdida de sensibilidad em mis dientes, labios, lengua y tejido circundadnte (parestesia) que puede durar por um period de tiempo indefinido (dias o meses), o quijada fracturada. Entiendoque puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o hasta ser hospitalizado si resultan complicaciones durante o despise del tratamiento, y es mi responsabilidad pagar por el costo de esto.

5. **CORONAS, PUENTES Y FUNDAS**

Entiendo que a veces no es posible igualar el color exacto de los dientes naturales con los dientes artificiales. Yo entiendo que pueden usar coronas temporales, que pueden despegarse fácilmente y que debo tener cuidado para asegurarme de que no se caigan hasta que me coloquen las coronas permanentes. Yo entiendo que mi última oportunidad para hacer cambios en mi nueva corona, puente o cubierta (incluyendo forma, ajuste , tamaño y color) serán antes de la cementación.

6. DENTADURAS POSTIZAS, COMPLETAS Y PARCIALES

Soy consciente de que las dentaduras completas o parciales son artificiales, construidas de plástico , metal, y/o porcelana. Los problemas de desgaste de estos aparatos han sido explicados, incluyendo aflojamiento, dolor y la posible rotura. Soy consciente de la oportunidad final de hacer cambios en mi nueva dentadura postiza (incluyendo forma, tamaño, ubicación y color) estará en los “dientes de cera “ probados en la visita. Yo entiendo que la mayoría de las dentaduras requieren rebase aproximadamente de tres a doce meses después de la primera colocación. El costo de este procedimiento no está incluido en el cuota inicial de la dentadura.

7. TRATAMIENTO ENDODONTICO (CONDUCTO RADICULAR)

Me doy cuenta de que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular pueda salvar mi diente, y que las complicaciones pueden ocurrir a partir del tratamiento, y de vez en cuando los objetos de metal se cementan en el diente o extenderse a través de la raíz, que no necesariamente afectara el éxito del tratamiento, entiendo que de vez en cuando procedimientos quirúrgicos adicionales pueden ser necesarios siguiendo el tratamiento de conducto radicular (apicoectomia).

8. PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO)

Yo entiendo que se debe tener cuidado en la masticación en los rellenos especialmente durante los primeros 24 meses para evitar roturas. Yo entiendo que un relleno más caro que inicialmente fue diagnosticado puede ser necesario debido a la desintegración. Yo entiendo que la sensibilidad significativa es común después de un efecto de un relleno recién colocado.

9. EMPASTES

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 un relleno más caro que inicialmente fue diagnosticado sea requerido debido a la descomposición adicional. Yo entiendo que la sensibilidad significativa es común después de la puesta de un empaste.

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que por lo tanto, prácticos acreditados no pueden dar una garantía total de los resultados. Reconozco que no hay garantía o seguridad de nadie respecto al tratamiento dental que yo e solicitado y autorizado . He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas . Mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto.

Si se le nego un servicio dental para su procedimiento de Medicaid, hay un proceso de apelacion. Al firmar a continuacion usted se compromete a renunciar a sus derechos a este proceso de apelacion (appeal process)

Firma del paciente: _____

Date: _____

Firma del Tutor/Guardian si el paciente es menor de edad: _____

