

Consentimento para tratamento dentário

Nome do Paciente: _____

Por favor leia e assina na parte baixo do formulário.

1. RAIOS-X

Eu entendo que os raios-x dentários podem ser tomado hoje .

2. DROGAS E MEDICAMENTOS

Eu entendo que os antibióticos e analgésicos e outros medicamentos podem causar reacções alérgicas causando vermelhidão e inchaço dos tecidos muscular, dor, comichão, vômitos, e / ou choque anafilático (reacção alérgica grave) .

3. MUDANÇAS EM PLANOS DE TRATAMENTO

Entendo que possam ocorrer mudancas no meu plano de tratamento por causa de condicoes encontradas apos a consulta inicial. A mudanca mais comum e o tratamento de canal, resultando de procedimentos restaurativos de rotina.

Dou mina permissao ao dentista para qualquer mudanca que se for necessaria.

4. REMOVER OS DENTES

Alternativas a remoção tem-me sido explicado (tratamento de canal, coroas, e cirugia periodontal, etc.) e eu autorizo o dentista para remover os dentes e qualquer outros, necessários por razões do parágrafo #3.

Entendo os riscos envolvidos na remocao de dentes os quais podem ser: dor, inchaco, expansao da infeccao, ma cicatrizacao, prda de sensibilidade nos meus dentes, labios e lingua, por tempo indeterminado (dias ou meses) ou fratura da mandibular. Entendo que a remocao dos dentes nem sempre remove toda a infeccao, se esta estiver presente, podendo ser necessario(s) tratamento(s) prestado(s) por um especialista ou mesmo de hospitalizacao se complicacoes surgirem durante ou apos o tratamento, sendo o custo de minha responsabilidade.

5. COROAS, PRÓTESES DENTÁRIAS, E CAPS

Eu entendo que às vezes não é possível combiner exatamente a côr dos dentes artificiais com a côr dos dentes naturais. Entendo tambem que possa ser necessario uso de coroa temporaria, a qual possa vir a sair facilmente e que devo ser cuidadoso para assegurar que a temporaria seja mantida ate a coroa permanente estar pronta, entendo que a ultima oportunidade de fazer mudancas (incluindo formato, tamanho e cor) podera ser feita antes da coroa ou ponte ser cimentada.

6. DENTADURA, COMPLETA OU PARCIAL

Eu entendo que as dentaduras completas ou parciais são artificiais, construídas de plástico, metal e / ou de porcelana. Os problemas de usar estas próteses foram a mim explicados, incluindo a possibilidade da prótese ficar frouxa, da gengiva ficar dolorida e de possível quebra da prótese. Entendo que a última possibilidade de fazer mudanças (incluindo formato, tamanho e cor) será na visita em que a prótese estiver montada com os dentes na cera. Entendo que a maioria das dentaduras requerem reembolso aproximadamente de 3 a 12 meses após a inserção inicial. A custo por esse procedimento não está incluído no preço inicial da dentadura.

Eu entendo que usar uma dentadura é difícil. A boca cuidada, fala alterada e dificuldade em comer são comuns problemas quando se usa uma dentadura. Dentaduras imediatas (dentaduras colocadas imediatamente após extrações) podem ser dolorosas. Dentaduras imediatas podem precisar de ser retocadas várias vezes. Um retoque permanente será necessário mais tarde. Isto não é incluído no pagamento inicial da dentadura. Eu entendo que é minha responsabilidade para voltar para a entrega das dentaduras. Que se eu não estiver presente na data de entrega, pode resultar em dentaduras mal feitas, se um retoque for necessário por um atraso de entrega de mais de 30 dias, vou ter que pagar a diferença.

7. TRATAMENTO DE CANAL

Eu ENTENDO que não há garantia de que o tratamento canal vai salvar o meu dente, e que complicações podem ocorrer, e que objetos de metal ser cimentados no dente ou estendidos através da raiz o qual necessariamente não afeta o sucesso do tratamento. Entendo que ocasionalmente procedimentos cirúrgicos adicionais possam ser necessários após o tratamento de canal (apicoectomy).

8. PROBLEMA PERIODONTAL:

Entendo que o problema periodontal cause infecções na gengiva e no osso podendo causar assim a perda dos meus dentes. Planos de tratamentos alternativos me foram explicados, incluindo cirurgia na gengiva ou extrações. Entendo que se nenhum tratamento for realizado posso prejudicar ainda mais meu problema periodontal, chegando assim a perda dos meus dentes.

9. OBTURAÇÃO

Eu entendo que devo ter cuidado quando mastigo com as obturações especialmente durante as primeiras 24 horas, para não se partir. Eu entendo que uma obturação mais cara que inicialmente diagnosticada pode ser preciso se a cárie for mais profunda do que diagnosticada pelas raios-x. Eu entendo que pode haver muita sensibilidade que é comum depois de ter feito uma obturação.

Eu entendo que a odontologia não é uma ciência exata e que, portanto, os profissionais bem conceituados não podem dar garantia total do tratamento. Tenho conhecimento que nenhuma garantia foi feita em relação ao tratamento dentário o qual autorizei. Tive oportunidade de ler esse formulário, de tirar minhas dúvidas, as quais me foram respondidas satisfatoriamente e assim, concedo a mim submeter ao tratamento proposto.

Se você foi negado um serviço odontológico para ser procedimento pelo Medicaid, a um processo de apelação. Ao assinar abaixo, você concorda em renunciar a seus direitos a este processo de apelação (appeal process).

Assinatura do Paciente: _____ Data: _____

Assinatura do Pai/Responsável se o paciente for menor de idade: _____