

Consentimiento para Tratamiento Dental

Nombre del Paciente: _____

DOB: _____

1. TRABAJO A REALIZAR

Entiendo que hoy estoy haciendo el siguiente trabajo:

Tratamiento(s)	Iniciales del paciente y fecha	Tratamiento(s)	Iniciales del paciente y fecha	Tratamiento(s)	Iniciales del paciente y fecha	Tratamiento(s)	Iniciales del paciente y fecha
Examen/Lim. Examen (emergencia)		Radiografía(s)		Relleno(s)		Sellador(es)	
Diente #(s) /Cuádruple:		Diente #(s) /Cuádruple:		Diente #(s) /Cuádruple:		Diente #(s) /Cuádruple:	
Consulta(s)		Extracción(es)		Endodoncia (s)		Corona(s)	
Diente #(s) /Cuádruple:		Diente #(s) /Cuádruple:		Diente #(s) /Cuádruple:		Diente #(s) /Cuádruple:	
Otro- (especificar)		Escalado y planeación de raíz		Limpieza(s)		Fluoruro	
Diente #(s) /Cuádruple:		Diente #(s) /Cuádruple:		Diente #(s) /Cuádruple:		Diente #(s) /Cuádruple:	

2. EXAMEN / EXAMEN LIMITADO

Entiendo que para evaluar adecuadamente mi salud oral es necesario un examen .

3. RADIOGRAFÍAS

Entiendo que el uso de rayos X es necesario para poder identificar caries entre los dientes y / o para evaluar la salud de la estructura de la raíz de mis dientes para incluir sus niveles óseos .

4. Raspado y Alisado Radicular

Entiendo que este procedimiento es necesario para eliminar la acumulación alrededor de mis dientes y estructuras radiculares .

5. DROGAS Y MEDICAMENTOS

Entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas que causan enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, picazón, vómitos y / o choques anafiláctico .

6. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones encontradas mientras se trabaja en los dientes que no fueron descubierto durante el examen. Por ejemplo, la terapia de conducto radicular después de procedimientos restaurativos de rutina . Doy mi permiso al dentista para hacer todos / cualquier cambio y adición según sea necesario.

7. EXTRACCIÓN DE DIENTES

Me han explicado alternativas a la eliminación (terapia de conducto radicular , coronas y cirugía periodontal , etc.) y autorizo al Dentista a extraer los siguientes dientes y cualesquiera otros necesarios. Entiendo que la extracción de dientes no siempre elimina toda la infección, si está presente puede ser necesario tener más tratamiento. Entiendo los riesgos involucrados en la extracción de dientes , algunos de los cuales son dolor, hinchazón y propagación de infecciones, alveolitis seca , pérdida de sensibilidad en mis dientes, labios, lengua y tejido circundante (parestesia) que puede durar por un período indefinido de tiempo o mandíbula fracturada .

Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por parte de un especialista si surgen complicaciones durante o después del tratamiento , cuyo costo es mi responsabilidad.

Consentimiento para Tratamiento Dental

8. CORONAS Y PUENTES

Entiendo que a veces no es posible hacer coincidir el color de los dientes naturales exactamente con los dientes artificiales. Además, entiendo que puedo estar usando coronas temporales, que pueden desprenderse fácilmente y que debo tener cuidado para asegurar de que se mantengan hasta que se entreguen las coronas permanentes. Me doy cuenta de la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva corona, puente o gorra (incluyendo forma, ajuste, tamaño y color) será antes de la cementación dentro de los 30 días posteriores a la preparación del diente. Los retrasos excesivos pueden permitir el movimiento de los dientes. Esto puede requerir una tapa de remake. Entiendo que habrá cargos adicionales por remakes debido a mi retraso en la cementación permanente.

9. TRATAMIENTO ENDODÓNTICO (ENDODONCIA)

Me doy cuenta de que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular salve mi diente, y que pueden ocurrir complicaciones del tratamiento, y que ocasionalmente el material de relleno del conducto radicular puede extenderse a través de la raíz, lo que no necesariamente afecta el éxito de el tratamiento. Entiendo que ocasionalmente pueden ser necesarios procedimientos quirúrgicos adicionales después del tratamiento del conducto radicular (apicectomía). Entiendo que el diente puede perderse a pesar de todos los esfuerzos para salvarlo.

10. ENFERMEDAD PERIODONTAL (PÉRDIDA DE TEJIDO Y HUESO)

Entiendo que tengo una condición potencialmente grave, que causa inflamación o pérdida de encías y huesos que puede provocar la pérdida de mis dientes. Se me han explicado planes de tratamiento alternativos, incluido la cirugía de encías, el reemplazo y / o las extracciones. Se hará todo lo posible para ayudarlo a mejorar su salud periodontal. Sin embargo, es posible que aún necesite ver a un periodoncista (especialista en encías) para recibir tratamiento adicional.

11. RELLENOS

Entiendo que se debe tener cuidado al masticar los rellenos, especialmente durante las primeras 24 horas para evitar roturas. Entiendo que puede ser necesario un llenado más extenso de lo que se diagnosticó originalmente debido a decaer. Entiendo que la sensibilidad significativa es un efecto postoperatoria común de un recién colocado relleno. La sensibilidad postoperatoria puede ser más pronunciada con los rellenos compuestos. Además, los rellenos compuestos pueden descolorarse con el tiempo por alimentos, café, refrescos, etc. Las virutas de amalgama pueden entrar accidentalmente en el tejido de las encías circundantes, lo que resulta en manchas grises en los tatuajes. Los dientes también pueden volverse grises o de apariencia más oscura cuando están adyacentes a la amalgama.

12. PULPOTOMÍA/PULPECTOMÍA (extirpación parcial del nervio rem/extirpación completa del nervio)

Una vez que la caries alcanza el nervio (pulpa del diente), el diente no puede ser restaurado solo por un relleno, el paciente puede experimentar dolor o hinchazón en este momento. Si durante la eliminación de caries, el dentista se da cuenta de que la caries ha alcanzado el nervio, entonces se debe realizar una pulpotomía para evitar problemas adicionales. Después de una pulpotomía, el diente de leche es más frágil y puede requerir una corona de acero inoxidable como cobertura. El diente puede necesitar tratamiento adicional en el futuro, como extracción y / o mantenimiento de espacio.

13. CORONA PRIMARIA

Proveedores cobertura completa del diente de leche dañado (cariado, fracturado). La corona de acero inoxidable proporciona resistencia y fiabilidad. La opción de corona blanca para los dientes frontales es frágil y se debe tener cuidado para evitar la rotura del material.

DECLARACIÓN

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, los profesionales de buena reputación no pueden garantizar adecuadamente los resultados. Reconozco que nadie ha garantizado ninguna garantía de seguridad con respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. Entiendo que cada dentista es un profesional individual y es individualmente responsable de la atención dental prestada a mí.

Por la presente autorizo a cualquiera de los médicos o auxiliares dentales a proceder y realizar las restauraciones dentales y el tratamiento que se me explican. Entiendo que esto es solo una estimación y está sujeto a modificaciones dependiendo de imprevistos o Circunstancias no diagnosticables que pueden surgir durante el curso del tratamiento.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____