

Consentimiento Informado**1. Tratamiento para hacer**

Yo entiendo que me estoy haciendo el siguiente tratamiento :

Examen dental y radiografías _____, Rellenos _____, Puentes dentales _____,
 Coronas _____, Extracciones _____, Dientes impactados _____, Anestesia General _____,
 Endodoncias _____, Dentaduras _____, Parciales _____,
 planificación de la raíz/ limpieza profunda _____, Selladores _____, Enderezamiento quirúrgico _____,
 Frenectomía _____, Operculectomía _____.

2. Drogas y medicamentos :

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

Iniciales _____

3. Cambios en el plan del tratamiento :

Yo entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar los procedimientos debido a las condiciones encontradas mientras se trabaja en los dientes que no se descubrieron durante el examen. Doy permiso al dentista para hacer esos cambios si es necesario. Iniciales _____

4. Extracción de dientes : Se me ha explicado la alternativa a la extracción (terapia del conducto radicular, coronas y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al dentista a que se extraiga los siguientes dientes _____ y cualquier otro necesario bajo el párrafo # 3. Entiendo que la extracción de dientes no siempre elimina toda la infección, si está presente, si es necesario para recibir tratamiento adicional. Entiendo que los riesgos potenciales del procedimiento / cirugía incluyen, entre otros, los siguientes: **A.** malestar postoperatorio, hinchazón, sangrado prolongado, sensibilidad dental al calor o frío, encogimiento de las encías (posiblemente exposición a los márgenes de la corona), propagación de la infección, zócalo seco, pérdida de sensibilidad en mis dientes, labios, lengua y tejido circundante (pararesia) que puede durar un período de tiempo indefinido o la mandíbula fracturada. **B.** Limitación de la apertura, rigidez de los músculos faciales o del cuello, cambio en la mordida o dificultad en la articulación temporomandibular. **C.** Los fragmentos de raíces residuales que pueden requerir cirugía extensa o riesgo de complicaciones quirúrgicas pueden dejarse en su lugar. **D.** Apertura del seno (una cavidad normal situada sobre los dientes superiores) que requiere cirugía adicional. **G.** Lesión del nervio que se encuentra debajo de los dientes, lo que ocasiona picazón o ardor en el labio, barbilla, encías, mejillas, dientes y / o lengua en el lado operado. Esto puede persistir durante varias semanas, meses o, en algunos casos, de forma permanente. Iniciales _____

5. Anestesia Local : Entiendo que con el uso de anestesia local puede existir la posibilidad de dolor / sensibilidad del tejido de las encías, hematoma o parestesia. También entiendo que es mi responsabilidad informar al dentista si tengo alguno de estos problemas durante el seguimiento del tratamiento para permitirle minimizar cualquier problema.

Iniciales _____

6. Óxido Nitroso

El óxido nitroso puede ser recomendado y aceptado por mí. Los posibles efectos secundarios incluyen malestar estomacal, mareos y alteración del estado de ánimo. Entiendo que es mi responsabilidad informar al dentista si tengo alguno de estos efectos secundarios o le molesto para minimizar cualquier problema. Iniciales _____

7. Coronas, Puentes, Tapas:

Entiendo que a veces es imposible igualar 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 que se mantengan hasta que se entregue la corona permanente. Me doy cuenta de la oportunidad final para realizar cambios en mi nueva corona, puente u onlay (la forma, el tamaño y el color de la instalación se incluirán antes de la cementación. También es mi responsabilidad regresar para la cementación permanente a las 3 semanas de la preparación

del diente. Retrasos excesivos puede resultar en el movimiento de los dientes. Esto puede necesitar el remake de la corona, puente u onlay. Entiendo que habrá cambios adicionales para los remakes debido a mi retraso en la cementación permanente. En caso de extrema sensibilidad, se pueden realizar endodoncias. **Iniciales** _____

8. Dentaduras: Completas o Parciales: Me doy cuenta de que las dentaduras completas o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal y / o porcelana. Se me han explicado los problemas de uso de estos aparatos, que incluyen aflojamiento, dolor, y posible rotura y revestimiento debido al cambio de tejido. **Iniciales** _____

9. Tratamiento endodóntico :

Me doy cuenta de que no hay garantía de que el tratamiento del conducto radicular salve mi diente, y de que se pueden producir complicaciones debido al tratamiento que ocasionalmente los materiales del conducto radicular pueden extenderse a través de la raíz, parte de un archivo se rompe o separa dentro del canal que no necesariamente sigue la raíz. Tratamiento del canal (apicoectomía). Entiendo que el diente se puede perder a pesar de todos los esfuerzos para salvarlo. **Iniciales** _____

10. Tratamiento periodontal (tejido y hueso) : Entiendo que tengo una afección de las encías (de periodontólogo moderado a avanzado) que involucra la inflamación de las encías que puede provocar la pérdida de las encías y / o los huesos, la holgura de los dientes y la posible pérdida de dientes. También entiendo que la planificación de Scaling & Root junto con una mejor atención en el hogar puede mejorar la condición. Soy consciente de que puedo tener una recesión en las encías y una sensibilidad en los dientes que podría estar asociada con el tratamiento. **Iniciales** _____

Yo, _____, por la presente solicito y autorizo a los dentistas, su personal y el anestesista a que realicen trabajos dentales sobre mí / mi hijo con el fin de intentar mejorar mi apariencia, función y la salud de la boca, dientes, huesos y tejidos de mi hijo, como Explicado anteriormente, los métodos de tratamiento alternativos me han sido explicados completamente. También autorizo al dentista, los asistentes y el anestesista a realizar cualquier otro procedimiento que consideren necesario o deseable para intentar mejorar las condiciones que pueden surgir durante el procedimiento. Doy mi consentimiento, autorizo y solicito la administración de los anestésicos que el dentista / anestesista considere adecuados si el tratamiento se realiza con anestesia local. **Iniciales** _____

Sé que la práctica de la odontología y la cirugía no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, los profesionales acreditados no pueden garantizar adecuadamente el resultado. Reconozco que nadie ha hecho ninguna garantía o garantía con respecto al tratamiento que he solicitado y autorizado en este documento. Alternativas y posibles reacciones adversas me han sido explicadas en detalle y claramente. Complicaciones, como infección, hemorragia y / o sangrado, cicatrización, contracción, posibles deformidades, tiempo de curación prolongado sobre la estimación, reacción a cualquier medicamento antes, durante y después de la cirugía, entumecimiento o picazón de la lengua, labios, dientes, tejido (parasthesia) y fractura de mandíbula, etc. me han sido explicados.

Certifico que he leído y entiendo completamente el consentimiento anterior para el tratamiento dental y que se hicieron las explicaciones a las que se hace referencia. Todo lo que no entendí me ha sido explicado

Firma: _____
Paciente o Padres

Fecha: _____