

CONSENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL GENERAL

TRATAMIENTO PARA COMPLETAR

Entiendo que voy a recibir algunos de estos tratamientos: rellenos[], coronas[], puentes fijos[]tracciones[], Esxtraccionespactas, Canalizaciones(tamientodelnervio)[], dentaduras[], Radiografias[], Otros[].

Iniciales ()

MEDICAMENTOS

Entiendo que los antibioticos, analgesicos y otras medicamentos pueden causar reacciones alergicas provocando coloracion y inflamacion de los tejidos, dolor, comezon, vomitos, reaccion traumante anafalactica (reaccion alergica severa).

Iniciales ()

CAMBIOS AL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el curso de mi tratamiento puede ser necesario cambiar o anadir algunos tratamientos debido a la condicion de mi dentadura que no fueron detectados durante el examen, el mas comun siendo canalizaciones. Le autorizo al Doctor anadir culaquier procedimiento cuando sea necesario.

Iniciales ()

EXTRACCIONES

Me han explicado alternativos a la extraccion, (canalizacion, corona, cirugia de encias, etc....) autorizo al Doctor extraer los siguientes dientes y cualquier otros por razones en el tercer parrafo Entiendo que las extracciones no eliminan infeccion (si existe) y tratamiento adicional puede ser necesario. Reconozco los riezos y reacciones involucrados al sacar dientes, algunos que incluyen dolor, inflamacion, infeccion extendida alveola secas, perdida de sensacion en los dientes, labios, lengua y tejidos Parastesia que puede ser indefinido, meses o dias o mandibula fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento mayor con un especialista o aun ser hospitalizado si hay complicaciones durante o despues del tratamiento en el cual el costo es mi responsabilidad.

Iniciales ()

CORONAS, PUENTES Y CAPAS

Entiendo que algunas veces no es posible obtener el mismo color de dientes naturales a dientes artificiales. Tambien comprendo que puedo obtener una corona temporal y que es necesario tener mucho cuidado que no se me caiga hasta que las coronas permanentes sean entregadas. Entiendo que la ultima oportunidad de hacer cualquier cambios a mi nueva corona, puente o capa, incluye forma, ajuste, tamaño y color es antes de la cementacion. Yo entiendo que despues de la colocacion de la corona temporal o permanente, mi diente estara temporalmente incomodo o adolorido. El tejido del nervio puede estar ocasionalmente irritado por el proceso de la preparacion, el trauma o la previa caries, esto le causara que su diente este extremadamente sensible. Yo tambien entiendo que si esto persiste, pueda ser necesario que me hagan un tratamiento o terapia de canal de raiz, a un costo adicional. En este caso, tambien entiendo que actualmente yo tengo una dentadura parcial, y me van a colocar una corona en mi diente contiguo a la dentadura. Puede ser que despues, mi actual dentadura parcial no me puede quedar como antes del procedimiento de la colocacion de la corona. Yo entiendo que en todo caso, se hara un esfuerzo para ajustar mi dentadura parcial, y no siempre los ajustes tienen exito. En todo caso que el ajuste adecuado no se pueda hacer, yo reconozco que despues de la colocacion de la corona, yo pueda necesitar una nueva dentadura parcial a un costo adicional.

Iniciales ()

TRATAMIENTO DE ENDODONCIA (CANALIZACIONES)

Entiendo que no hay ninguna garantia que el tratamiento edodontico salvara mi diente y que pueden surgir complicaciones despues de el tratamiento y que hay riesgo que material utilizado durante el tratamineto puede extenderse dentro del diente que no necesariamente afecta el progreso de mi tratamiento y que por falla de la manufectura, algunos objetos finos de metal utilizados durante el tratamiento pueden separarse. Tambien entiendo que algunas veces es necesario proceder con tratamientos adicionales despues del tratamiento de Endodoncia como un Apicoectomia. Tambien entiendo que hay ocasiones que apear de atentos para salvar el diente no se es posible.

Iniciales ()

PERDIDA DE PERIODONCIA (TEJIDOS / HUESO)

Entiendo que padezco de una condicion severa que causa inflamacion e perdida de los tejidos en mis encias y hueso, que es posible que resulte en perdida de mis dientes. Me han explicado los tratamientos alternativos que incluyen cirugia y remplazar o extraer dientes. Entiendo que si no continuo tratamiento de periodoncia, mi condicion puede ser irreversible.

Iniciales ()

RELLENOS

Entiendo que es necesario tener cuidado durante las primeras 24 horas de recibir una resataurazion al masticar para evitar que falle el tratamiento. Entiendo que puede que la restauracion necesitada durante el tratamiento sea mayor que la que fue diagnosticada originalmente por la condicion del diente. Entiendo que puede sentir mucha sensacion en el area de la restauracion despues de tratamiento pero si continua la sensacion puede que sea necesario proceder con tratamientos mayores como una canalizacion. Si el diente sentia dolor o sesacion antes de la restauracion.

Iniciales ()

DENTADURAS (COMPLETAS O PARCIALES)

Entiendo que dentaduras artificiales son dificil de usar. Entiendo que las dentaduras completas o parciales son artificiales, construidas de plastico, tal y/o porcelana. Me han explicado los problemas que pueden surgir al utilizar estos aparatos. Areas sencitivas, cambio de pronunciacion, problemas para masticar y comer son communes. Dentadura inmediata es acompanada con dolor. Dentaduras inmediatas pueden requerir varios ajustes y realinaciones. Realinaciones permanentes pueden ser necesarias despues. Esto no es incluido en el precio. Entiendo que es mi responsabilidad regresar para la entrega de la dentura. Entiendo que falta de mi cita para la entrega puede resultar en dentadura que no queda bien. Si es necesario volver hacer alguna cosa por mi falta de regresar en 30 dias o menos es necesario agregar costos adicionales.

Iniciales ()

Entiendo que el tratamiento dental no es una ciencia exacta y que por lo mismo los participantes no pueden garantizar los resultados. Reconozco que nadie me ha garantizado nada de el tratamiento que e autorizado y comprendo que apezar de cualquier aseguanza dental que mantenga soy responsable por pago para tratamiento dental. Acepto que soy responsable por cualquier cargos que haya incluyendo cargos de abogados, colecciones y costos de corte para cumplir con esta obligacion.

Firma de Paciente _____ Fecha _____

Firma de Doctor _____ Fecha _____