



INFORMADO CONSETIMIENTO PARA ODONTOLOGÍA GENERAL

Dentista _____ Paciente _____

1. Trabajo para Hacer

Yo entiendo que tendré el tratamiento siguiente: Empastes _____, Coronas _____, Extracciones _____, Extracción de dientes impactados _____, Tratamientos endodónticos _____, Dentaduras postizas _____, Otros _____ (Iniciales _____)

2. Drogas y Medicamentos

Yo entiendo que antibióticos, analgésicos, y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando coloramiento y la hinchazón de los tejidos, dolor, comezón, vómitos, y/o el choque anafiláctico. (Iniciales _____)

3. Cambios en el Plan de Tratamiento

Yo entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos a causa de condiciones que no fueron descubiertas durante el examen, sino que fueron halladas durante el tratamiento de los dientes. Por ejemplo, la necesidad de la terapia de tratamiento endodóntico puede ser descubierta durante un procedimiento restaurativo rutinario. Yo le doy permiso al dentista a hacer cualquier/todos los cambios y adiciones necesarios. (Iniciales _____)

4. Extracción de Dientes

Las alternativas a la extracción se me han explicado (terapia de tratamiento endodóntico, coronas, y cirugía periodontal, etc.) y le autorizo al dentista que extraiga los dientes siguientes _____ y cualquier otro por las razones en el párrafo #3. Yo entiendo que la extracción de los dientes no siempre saca la infección, si está presente, y que puede ser necesario tener más tratamiento. Yo entiendo los riesgos asociados con la extracción de los dientes, algunos de los cuales son dolor, hinchazón, difusión de infección, alvéolo seco, falta de sensación en los dientes, los labios, la lengua y los tejidos vecindarios (Perestesia que puede durar un período indefinido de tiempo o mandíbula fracturada. Yo entiendo que puedo necesitar más tratamiento de un especialista si las complicaciones surgen durante o después del tratamiento, el costo del cual es mi responsabilidad. (Iniciales _____)

5. Coronas, Puentes y Coberturas

Yo entiendo que algunas veces no es posible duplicar exactamente el color de los dientes naturales con los dientes artificiales. Además, yo entiendo que posiblemente yo vaya a usar coronas temporales, que se puedan quitar fácilmente y que tengo que tener cuidado para asegurar que permanezcan puestas hasta que se entreguen las coronas permanentes. Me doy cuenta de que la oportunidad final para hacer cambios en la nueva corona, el puente, o cobertura (incluso la forma, el ajustamiento, el tamaño y el color) será antes de la cimentación. Es también mi responsabilidad regresar para la cimentación permanente dentro de 20 días desde la preparación del diente. Las demoras excesivas pueden permitir movimiento del diente. Esto puede hacer necesario el rehacer de la corona, el puente o cobertura. Yo entiendo que habrá costos adicionales para rehacerlos puesto que demoré la cimentación permanente. (Iniciales _____)

6. Tratamiento Endodóntico

Me doy cuenta de que no hay garantía que el tratamiento endodóntico me salvará el diente, y que algunas complicaciones pueden ocurrir del tratamiento, y que de vez en cuando el material del empaste puede extenderse por el diente que no necesariamente afectará el éxito del tratamiento. Yo entiendo que las limas y los fresadores endodónticos son instrumentos muy finos y que los esfuerzos de la fabricación pueden causar que se separen durante el uso. Yo entiendo que de vez en cuando unos procedimientos quirúrgicos adicionales pueden ser necesarios después del tratamiento endodóntico (apicoectomía). Yo entiendo que se puede perder el diente a pesar de todo el esfuerzo para salvarlo. (Iniciales _____)

7. Pérdida Periodontal (Tejido y Hueso)

Yo entiendo que tengo una condición sería que causa la inflamación o la pérdida de las encías o el hueso y que esto puede resultar en la pérdida de los dientes. Los planes de tratamiento alternativo se me han explicado, incluso la cirugía de las encías, reemplazos, y/o extracciones. Yo entiendo que emprender cualquier procedimiento dental puede tener un efecto futuro adverso en la condición periodontal. (Iniciales _____)

8. Empastes

Yo entiendo que se debe masticar con cuidado en los empastes durante las primeras 24 horas para evitar que se rompan. Yo entiendo que un empaste más extensivo que fue diagnosticado originalmente puede ser requerido a causa de caries adicionales. Yo entiendo que una sensibilidad notable es un efecto común después de un empaste recién puesto. (Iniciales _____)

9. Dentaduras Postizas

Yo entiendo que es difícil usar dentaduras postizas. Las áreas adoloridas, el habla alterada y la dificultad al comer son problemas comunes. Dentaduras inmediatas (la colocación de las dentaduras inmediatamente después de la extracción) pueden ser dolorosas. Dentaduras inmediatas pueden requerir ajustamiento considerable y varias realinaciones. Una realinación permanente será necesaria más tarde. Esto no está incluido en el costo de las dentaduras. Yo entiendo que es mi responsabilidad regresar para la entrega de las dentaduras. Yo entiendo que el no acudir a la cita para la entrega de las dentaduras puede resultar en dentaduras que no se ajusten bien. Si es necesario reajustarlos debido a mi demora de más de 30 días, habrá costos adicionales.

Yo entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que por eso, los profesionales honorables no pueden apropiadamente garantizar los resultados. Yo reconozco que nadie ha dado ninguna garantía ni promesa en cuanto al tratamiento que yo he pedido y autorizado. Yo entiendo que ningún otro dentista es responsable por mi tratamiento dental.

Por la presente yo autorizo que cualquier médico o auxiliar dental proceda con y haga las restauraciones dentales y los tratamientos que se me han explicado. Yo entiendo que esto es solamente una estimación y que está sujeta a modificaciones que dependen de circunstancias no previstas o imposibles de diagnosticar que puedan surgir durante el curso del tratamiento. Yo entiendo que aunque tenga seguro dental, soy responsable por el pago de los costos dentales. Yo consiento en pagar cualquier costo de abogados, o del tribunal que resulte necesario para satisfacer esta obligación.

Firma del Paciente Fecha _____

Firma del Médico Testigo _____