

Consentimiento Informado Para Trabajo Dental General

Todos los pacientes completen de acuerdo a lo necesario:

1. EXAMEN Y RADIOGRAFIAS

Entiendo que la consulta o visita inicial puede requerir radiografías para poder completar el diagnóstico y plan de tratamiento. (Iniciales _____)

2. FUNCIONAMIENTO DEFICIENTE DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR (TMD)

Entiendo que síntomas tales como chasquidos, tronidos, disloque o dolor pueden intensificarse o desarrollarse en la articulación de la mandíbula inferior (cerca del oído) después del tratamiento dental de rutina en el cual la boca debe mantenerse en posición abierta. Aun cuando los síntomas de TMD asociados con el tratamiento dental son usualmente de naturaleza transitoria y bien tolerados por la mayoría de los pacientes, comprendo que si llegara a surgir la necesidad de tratamiento, yo seré derivado a un especialista para tratamiento, y el costo del mismo será de mi responsabilidad. (Iniciales _____)

3. DROGAS, MEDICAMENTOS Y SEDANTES

Me han informado y entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas resultando en enrojecimiento, inflamación o hinchazón de los tejidos, dolor, comezón, vomito, y/o choque anafiláctico (severa reacción alérgica. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la efectividad de los anticonceptivos orales. Entiendo que puedo recibir **anestésico local y otras medicinas**. Agentes anestésicos son infiltrado en una área pequeña o inyección directamente como un bloque de nervio a una área más grande en la boca con el intento de anestesiar la área para recibir tratamiento dental. **Riesgos incluyen, pero no son limitados a:** Es normal que el entumecimiento que tome tiempo para acabar después de tratamientos, usualmente dos o tres horas. Sin embargo, puede tomar mas tiempo y raramente el entumecimiento es permanente si el nervio es lastimado. Entiendo que las complicaciones relacionadas a la anestesia local a pesar de que son raras pueden incluir dolor, hinchazón, hematomas (moretones), infección, nausea, dolor de cabeza, vomito, mordida de el labio o mejilla, daño de algún nervio y reacciones alérgicas inesperadas. (Iniciales _____)

Para Todas Las Mujeres: Porque los sedantes, medicamentos y drogas pueden ser dañino a niños aun no nacido y puede causar defectos de nacimiento o aborto espontáneo, cada paciente tendrá que informar a la/el dentista si podría estar embarazada. Sedantes medicamentos y drogas absorbidas en la leche materna de la madre podría afectar temporalmente el comportamiento de el infante. En cada caso, el sedante y tratamiento podría ser delatado. (Iniciales _____)

4. EMPASTADURAS

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar tratamientos debido a las siguiente condiciones que se encuentren en los dientes que no fueron descubiertos durante el examen, la mas común será la endodoncia después de una restauración rutinaria. Yo doy mi permiso a la/el dentistas que haga cualquier cambio y agregaciones como sea necesario. Entiendo que debo tener cuidado al masticar con las empastaduras nuevas durante las primeras 24 horas para evitar roturas. Entiendo que una restauración mas extensiva que originalmente fue diagnosticada puede ser debido a decaimiento adicional o decaimiento extensivo. Entiendo que la sensibilidad es un efecto común de los rellenos nuevos. (Iniciales _____)

5. DENTADURAS – COMPLETE O PARCIALES

Entiendo que las dentaduras completas o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal y/o porcelana. Me han explicado los problemas que pueden surgir al usar estos aparatos, tales como desajuste dolores, y posible rotura. Entiendo que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura (incluyendo forma, ajuste, tamaño, colocación y color) será durante la visita de prueba del molde en cera. Entiendo que la mayoría de las dentaduras requieren ajuste de tres a doce meses después de ser colocadas inicialmente. El costo de este procedimiento no esta incluido en el precio original de la dentadura postiza. (Iniciales _____)

6. LIMPIEZA DENTAL

Yo entiendo que las complicaciones resultantes de los procedimientos de limpieza dental (limpieza de dientes, y el tratamiento tópico con fluor) incluyen pero no están limitados a lo siguiente: sangrado, incomodidad, infección, sensibilidad dental debido a la remoción del sarro, irritación de los tejidos, nausea si es ingerido, e irritación temporal de la mucosa oral, y posibilidad de que se caigan las restauraciones (rellenos o coronas) que estén rotas o flojas. (Iniciales _____)

Entiendo que el trabajo dental no es una ciencia exacta y por consiguiente los profesionales de buena reputación no pueden garantizar propiamente los resultados. Reconozco que nadie me ha dado ninguna garantía o seguridad con respecto al tratamiento dental que he pedido y autorizado.

Firma _____

Date _____

Testigo _____

Date _____