

Nombre _____

1. PLAN DE TRATAMIENTO: Entiendo que se hará el siguiente trabajo dental:

Obturaciones _____ Puentes _____ Coronas _____ Extracciones _____ Extracción de Diente Impactados _____ Endodoncias _____
Dentaduras _____ Otros; Radiografías & Examen _____

2. DROGAS Y MEDICAMENTOS: Entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden provocar reacciones alérgicas, causando enrojecimiento e inflamación de los tejidos.

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO: Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos, de acuerdo a las condiciones que se encuentren mientras trabajan en el diente, y que no fueron diagnosticadas durante el inicial. Por ejemplo, la necesidad de un tratamiento de endodoncia es descubierta mientras se prepara el diente para colocar una restauración, doy mi consentimiento al dentista para que haga cualquier/ todo los cambios como los considere necesario. (Inicial _____)

4. EXTRACCIONES: Se me ha explicado sobre las alternativas a la extracción (endodoncia, coronas, cirugía periodontal, etc.) y autorizo al dentista para que haga la extracción de los siguientes dientes, _____ o cualquier otro que considere comprendo que no siempre se controla la infección al extraer los dientes, por lo cual puede ser necesario mayor infección, alveolo seco, pérdida de sensación en diente, labios, lengua y tejidos alrededor (parestesia) que puede durar por un periodo indefinido, fractura mandibular. Entiendo que si surgen complicaciones después del tratamiento dental. Necesitaría mayor tratamiento dental, necesitaría mayor tratamiento con el especialista y el costo de esta sería mi responsabilidad. (Iniciales _____)

5. CORONAS Y PUENTES: Entiendo que algunas veces no es posible reproducir el color natural en dientes artificiales y que usare coronas temporales, que pueden caerse fácilmente y deberé tener cuidado, para mantenerlas en su lugar hasta que me entreguen las coronas permanentes. Entiendo que la última oportunidad para hacer cambios en mi corona o puente (incluyendo forma, ajuste, tamaño y color será antes de cementar permanentemente. Es también mi responsabilidad el cementar permanente dentro de los 30 días siguientes a la preparación del diente (s). Un retardo excesivo puede causar que los dientes se muevan: esto puede crear la necesidad de rehacer la corona o puente. Entiendo que rehacerlos causaría cargos adicionales por mi retardo en venir a la cita para cementar permanentemente. (Iniciales _____)

6) TRATAMIENTO DE ENDODONCIA: Comprendo que no existe garantía de que el tratamiento de endodoncia salvara mi diente, que pueden surgir complicaciones por el tratamiento y que ocasionalmente el material de obturación puede extenderse a través de la raíz, lo que no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. Entiendo que en ocasiones es necesario cirugía adicional, después del tratamiento de endodoncia (apicoetomía). Entiendo que puede perder el diente a pasar de todo el esfuerzo por salvarlo. (Iniciales _____)

PULPOTOMIA: Entiendo que la pulpotomía (remover el nervio parcial). No garantiza salvar el diente, y en futuro necesita extraer el diente o hacer el tratamiento de nervio (endodoncia). (Iniciales _____)

7) PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDOS Y HUESO): Entiendo que padezco una condición seria que causa inflamación de las encías y pérdida de hueso, y que causa inflamación de las encías y pérdida de hueso, y que puede conducir a la pérdida de mis dientes. Me han explicado planes de tratamiento alternativos, incluyendo cirugía de las encías, reemplazo y/o extracciones. Comprendo que emprender cualquier procedimiento dental pudiera producir un efecto adverso en mi condición periodontal, en el futuro. (Iniciales _____)

8) OBTURACIONES: Entiendo que debo tener cuidado al masticar mis restauraciones, especialmente dentro de las primeras 24 hrs. Para evitar que se quiebren, comprendo que de encontrarse caries adicional, se requerirá una obturación más extensa de lo originalmente diagnosticada. Entiendo que es común que después de colocar una nueva restauración sienta cierta sensibilidad en el diente. (Iniciales _____)

9) DENTADURAS: Entiendo que el uso de dentaduras es difícil. Son problemas comunes zonas de ardor, alteraciones al hablar, y dificultad al comer, las dentaduras inmediatas (las dentaduras que se colocan inmediatamente después de las extracciones, en la misma cita) pueden causar dolor e incomodidad. Las dentaduras inmediatas requieren varias citas para ajustes y rebases. El rebase final o permanente se hará mas adelante y el costo no está incluido en el precio de las dentaduras. Entiendo que es mi responsabilidad regresar a la cita en la cual me entregue las dentaduras. Si pospongo esta cita, es probable que las dentaduras no ajusten correctamente. De ser necesario rehacerlas debido a mi tardanza de más de 30 días habrá cargos adicionales. (Iniciales _____)

10) PREMEDICACION ORAL/ SEDACION ORAL/ OXIDO NITROSO Y PAPOOSE BOARD: Entiendo que a mi niño(a) se le dará un sedante que es la combinación de Vistaril y Chloral hydrate. Estas dos medicaciones son usadas junto con óxido nitroso (gas de risa). Ocasionalmente, efectos secundarios pudieran ocurrir como: sequedad de la boca, náusea, vómito, irritabilidad, leve calentura y/o dolor de cabeza. El papoose board es un aparato (como camilla) que limite los movimientos del paciente durante el tiempo que se le está trabajando. Esto lo hacemos debido a que muchos niños pueden moverse repentinamente en sus sueños. El tratamiento alternativo sería el referir al paciente a un dentista pediatra y/o anestesia general. Hay veces que usamos Valium como sedante. (Iniciales _____) Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta, por lo tanto los dentistas respetables no pueden garantizar resultados. Tengo conocimiento de que no existe garantía o seguridad alguna en cuanto al tratamiento dental que he requerido y autorizado. Entiendo que cada dentista es individualmente responsable por el tratamiento dental que se me haga.

Entiendo también que ningún otro dentista del grupo dental es responsable de mi tratamiento.

Autorizó a Los Doctores y personal auxiliar de este grupo dental a realizar en mi las restauraciones y tratamientos que me han explicado. Entiendo que esta es solamente un presupuesto, sujeto a modificaciones dependiendo de las circunstancias, que presten durante el curso del tratamiento. Entiendo que además de los que mi seguro dental, puede tener cargos que serán mi responsabilidad. Estoy de acuerdo en pagar el costo de abogados, agencias de colección, o costos de la corte que pudieran surgir para cumplir con mi obligación. En caso de que surgiera un desacuerdo por los servicios dentales que me darán, ya sea un tratamiento hecho, que fue realmente necesario no autorizado, o mal, negligente o inapropiadamente hecho; dicha disputa deberá someterse al "peer review" del componente local de la asociación dental americana (American Dental Association) la decisión de esta afectara ambas partes. (Iniciales _____)

Alternativas y posibles reacciones adversas se me han explicado detallada y claramente. Complicaciones, como infecciones, hemorragias, y/o sangradura, cicatrices, contracciones, posibles deformidades, un tiempo de recuperación más largo de lo estimado, reacciones a cualquier droga antes, durante o después de la cirugía; adormecimiento o picazón de ;a lengua, labio, dientes tejidos (Parestesia), fractura de la mandíbula, etc. Se me han explicado claramente. (Iniciales _____)

He leído y estoy de acuerdo con lo anterior. Una fotocopia de este autorización será igualmente valida y efectiva a la original. Soy mayor de edad y legalmente competente para firmar este acuerdo.

Firma _____

(paciente/ tutor)

Fecha _____