

Nombre del paciente: PATIENT, NAME

paciente No: 1

### 1. DROGAS Y MEDICINAS

Durante o despues del tratamiento dental se puede necesitar antibioticos, analgesicos y otros medicamentos. Entiendo que alguno de ellos pueden causar reacciones alergicas provocando inflamacion, dolor, comezon, vomitos, y/o reaccion anaflactica (reaccion alergica severa).

### 2. ANESTESIA

Entiendo que hay riesgos asociados con recibir anestesia local, algunos de ellos son: paralisis facial parcial, tejidos inflamados, reacciones adversas a las drogas causando problemas cardiacos, aborto espontaneo, hemorragias, dano del nervio o adormecimiento. Las instrucciones, expectativas y precauciones me han sido explicadas.

### 3. TRATAMIENTO DE ENDODONCIA (CONDUCTO O NERVIO)

Entiendo que no hay ninguna garantia que el tratamiento de endodoncia salvara mi diente y que pueden surgir complicacions del tratamiento, y que a veces objetos de metal son cementados adentro del diente o se extienden por fuera de la raiz que no afecta necesariamente el exito del tratamiento. Entiendo que a veces sean necesarios procedimientos quirurgicos adicionales despues del tratamiento endodontico. A veces son necesarios varias visitas, y si no termino el tratamiento puedo causar serio dano al diente.

### 4. EXTRACCION DE DIENTES

Me han sido explicadas las alternativas de la extracciones de dientes (terapia de los conductos del nervio, coronas, cirugia de las encias, etc..). Yo autorizo al doctor extraer dientes. Entiendo que el sacar dientes no siempre remueve toda la infeccion (si existe), y puede ser necesario tener tratamiento adicional, reconozco los riesgos involucrados al sacar dientes, algunos de los cuales son dolor, inflamacion, extension de la infeccion, alveolo seco, perdida de sensibilidad en los dientes, labios, lengua y tejido rodeante (parestesia) que puede durar un periodo indefinido (dias o meses) o quijada fracturada. Entiendo que pueda necesitar mayor tratamiento por un especialista o aun ser hospitalizado si surgen complicaciones durante o despues del tratamiento y el costo del cual es solo mi responsabilidad.

### 5. CORONAS, PUENTES, Y CASQUILLOS

Entiendo que algunas veces no es posible obtener el mismo color de dientes naturales con dientes artificiales. Ademas entiendo que pueda tener coronas provisionales que se despegan facilmente y que debo tener mucho cuidado para asegurar que no se caigan hasta que las coronas permanentes me sean entregadas. Entiendo que la ultima oportunidad para hacer cambios en mi nueva corona, puente o casquillo (incluyendo forma, ajuste, tamano y color) sera antes de la cementacion. Y si no regreso para que me entreguen las coronas permanentes o me demoro en regresar, puedo causar serio dano de perdida de los dientes implicados o movimientos de ellos, necesitando rehacer el trabajo siendo el costo adicional bajo mi responsabilidad.

### 6. DENTADURAS-COMPLETAS O PARCIALES

Entiendo que las dentaduras completas y parciales son artificiales, construidas de plastico, metal y/o porcelana. Me han explicado los problemas que pueden surgir al usar estos apartos tales como aflojamiento, dolor, posible ruptura y realineacion causada por el cambio de tejidos y hueso. Entiendo que la ultima oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura (incluyendo forma, ajuste, tamano, colocacion y color) sera durante la visita de probar los dientes en cera. Entiendo que la mayoria de las dentaduras requieren un rebasamiento de tres a doce meses despues de ser entregadas inicialmente. El costo por este procedimiento no esta incluido en el precio original de la dentadura postisa.

### 7. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el curso del tratamiento puede ser necesario cambiar o anadir algunos procedimientos debido a condiciones encontrados en los dientes en el transcurso del trabajo que no fueron descubiertos durante el exam. El mas comun siendo terapia de los conductos despues de procedimientos rutinarios de restauraciones (rellenos). Le doy mi permiso al doctor para hacer estos cambios o anadiduras cuando sean necesarios.

### 8. PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO)

Entiendo que tengo una severa condicion que causa inflamacion o perdida de las encias o hueso y que puede resultar en la perdida de mis dientes. Los tratamientos alternativos me han sido explicados incluyendo cirugia de la encia, piezas de repuesto y/o extracciones. Entiendo que el seguir con cualquier procedimiento dental pueda tener un futuro efecto adverso sobre mi condicion periodontal.

## 3 S - Consentimiento Informado - SMILE LA DENTAL

Entiendo que el trabajo dental no es una ciencia exacta y por consiguiente los dentistas 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.

Yo, por medio de la presente, pido y autorizo a los dentistas y sus empleados que me agan el trabajo dental, con el objeto de intentar mejorar mi apariencia, funcion y salud de mi boca, dientes y huesos. Se me han explicados los procesos a realizar y los riesgos involucrados, tanto como las alternativas de tratamiento posibles.

Declaro que he leído y entiendo totalmente el consentimiento al tratamiento dental detallado aqui arriba y las explicaciones que en el se han referido. Cualquier cosa que no he entendido se me ha explicado.

\_\_\_\_\_  
Patient/Responsible Party Name

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Provider

\_\_\_\_\_  
Witness