



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

#### 1. Trabajo a Realizar

Entiendo que estoy teniendo el siguiente labor : — Rellenos, — Coronas, — Puentes, — Dentaduras, — Tratamiento de nervio, — Extraccion , — Veneers , — Tratamiento Periodontal, — Anestesia General, — Other (Initials \_\_\_\_\_)

#### 2. Drogas y Medicinas

Entiendo que los antibioticos, analgesicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alergicas causando enrojecimiento e hichazon de los tejidos, picazon, vomitos y / o anafilactica (Initials \_\_\_\_\_)

#### 3. Cambios en el Plan de Tratamiento

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o anadir procedimientos debido a las condiciones que no fueron descubiertos durante el examen, pero se encontro mientras trabajaba en los dientes. Por ejemplo, la terapia de conducto radicular se puede descubrir que se necesite durante la rutina de los procedimientos de restauracion. Yo doy mi permiso al dentista para hacer cualquier cambio y adiciones que sean necesarias. (Initials \_\_\_\_\_)

#### 4. Extracciones

Alternativas de removimiento se han explicado a mi (tratamiento de conducto, coronas, y cirugia periodontal, etc) Yo autorizo al dentista para eliminar los dientes siguientes y cualesquiera otras necesarias por razones en el parrafo #3. Entiendo la extraccion de dientes no siempre eliminar toda la infeccion si esta presente y eliminar toda la infeccion, si esta presente, y puede ser necesario un tratamiento adicional. Entiendo los riesgos que conlleva una extraccion de dientes, algunos de los cuales son dolor, inflamacion, propagacion de la infeccion, alveolo seco, perdida de sensibilidad en mis dientes, labios lengua y el tejido circundante, o la mandibula fracturada. Entiendo que la extraccion de dientes puede provocar parestesia que puede durar de forma permanente o por un periodo indefinido de tiempo, y que el entumecimiento parestesia es un posible riesgo de inyeccion/extraccion. Entiendo que puede necesitar tratamiento adicional por un especialista si surgen complicaciones durante o despues del tratamiento, el costo es mi responsabilidad. (Initials \_\_\_\_\_)

#### 5. Coronas, Puentes, Veneers y Tapas

Entiendo que a veces no es posible hacer coincidir el color del diente natural exactamente con los dientes artificiales. Ademas, entiendo que puede que traiga coronas temporales que pueden caerse facilmente y que debo tener cuidado para asegurarse se que se caigan hasta que las coronas permanentes se entregan. Me doy cuenta de la ultima oportunidad para hacer cambios en mi nueva corona, puente, o la cubierta (la forma, adaptacion, tamano y color) sera antes de la cementacion. Tambien es mi responsabilidad regresar para la cementacion permanente dentro de los 20 dias a partir de la preparacion del diente. Demoras excesivas pueden requerir una nueva version de la corona, un puente, o la tapa. Entiendo que no habra cargos adicionales por nuevas version de la corona, un puente, o la tapa. Entiendo que habra cargos adicionales por nuevas versiones debido a mi retraso de la cementacion permanente. Entiendo que con el fin de hacer estos procedimientos dientes tienen que ser reducido, la cantidad de reduccion se determina por el dentista para asegurar un diseno adecuado. (Initials \_\_\_\_\_)

#### 6. Tratamiento de Endodoncia (tratamiento del nervio)

Yo comprendo que no hay garantia de que el tratamiento del nervio salvara mi diente, que complicaciones pueden ocurrir por el tratamiento, y que ocasionalmente el material relleno de la raiz puede extenderse a traves del diente que no necesariamente efectuar el exito del tratamiento. Entiendo que los archivos de endodoncia son instrumentos muy finos y las tensiones con ventilacion en su fabricacion pueden causar que se separen durante su uso. Yo entiendo que los procedimientos quirurgicos en ocasiones pueden ser necesarios otros tratamientos de conducto radicular. Entiendo que el diente se puede perder a pesar de todo lo posible para salvarla. (Initials \_\_\_\_\_)

#### 7. Perdida Periodontal (tejido y hueso)

Entiendo que tengo una enfermedad grave que causa inflamacion del hueso, las encias o la perdida y que puede conducir a la perdida de mis dientes. Planes de tratamiento alternativos se han explicado a mi, incluyendo la cirugia de las encias, reemplazos y/o extracciones. Entiendo que la realizacion de cualquier procedimiento dental puede tener un efecto negativo en el futuro en mi condicion periodontal. (Initials \_\_\_\_\_)

#### 8. Rellenos

Entiendo que se debe tener cuidado en la masticacion de los rellenos, especialmente durante las primeras 24 horas para evitar la rotura. Yo entiendo que un relleno mas amplia que la originalidad diagnosticado adicional. Entiendo que la sensibilidad de los principales es un efecto comun despues de un relleno recién colocado. (Initials \_\_\_\_\_)

#### 9. Dentaduras y Parciales

Entiendo que el uso de protesis dentales es dificil. Los puntos de dolor, la alteracion en el habla y dificultades para comer son problemas comunes. Las dentaduras inmediatas (la colocacion de la protesis inmediatamente despues de las extracciones) puede ser doloroso. Las dentaduras inmediatas pueden requerir ajuste considerable y varios rebases. Una rectificacion permante sera necesario mas adelante. Esto no esta incluido en la cuota de protesis. Entiendo que es mi responsabilidad regresar para la entrega de las protesis dentales. Yo entiendo que la falta de acudir a mi cita de entrega puede dar lugar a una protesis dental mal equipados. Si una nueva version es necesaria debido a mis retrasos de mas de 30 dias, habra cargos adicionales. (Initials \_\_\_\_\_)

#### 10. Implantes

Los implantes son una alternativa permanente de puentes, parciales o dentaduras postizas. Este proceso implica varios pasos y podria durar de 2-6 meses antes completa (dependiendo del tiempo de curacion es necesario). Al igual que con las coronas, el dolor puede no coincidir a la perfeccion con los dientes naturales. Entiendo que no hay garantia de que el cuerpo va a integrar el implante. A veces los implantes fallan, hay tambien un riesgo de dano del nervio y sinusal. Los dientes adyacentes tambien experimentar dano temporal o permanente o la sensibilidad. (Initials \_\_\_\_\_)

Entiendo que la odontologia no es una ciencia exacta y que, por tanto, practicos acreditados no pueden garantizar resultados. Reconozco que ninguna garantia o seguridad se ha hecho nada respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. Entiendo que ningun otro dentista es el responsable de mi tratamiento dental. Por la presente autorizo a cualquier de los medicos o auxillares dentales para avanzar y realizar las restauraciones dentales y tratamientos, como se explica a mi Entiendo que esta es solo una estimacion y sujetas a modificaciones en funcion de circunstancias imprevistas o diagnosticable que pueden surgir durante el curso del tratamiento. Entiendo que, independientemente de cualquier cobertura de seguro dental que puede tener, yo soy responsable del pago de los honorarios profesionales. Me comprometo a pagar los honorarios de abogados, gastos de cobranza, o costos de la corte en que pueda incurrir para cumplir esa obligacion. Firma de

Paciente \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_