



201 S Rogers Road
Irving TX 75060
Phone: (972) 213 – 0045
Fax: (972) 600 – 8465

Nombre Del Paciente: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Número De Miembro: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO DENTAL

ASEGURO QUE SOY EL TUTOR LEGAL PERMANENTE DEL PACIENTE

TRABAJO POR HACER

Entiendo que se realizará el siguiente trabajo: Rellenos ____ Profilaxis ____ Extracciones ____ Sellador ____
Extracción de dientes impactados ____ Anestesia local ____ Seda de óxido nitroso ____ Pulpotomía terapéutica
____ Otro ____

RAYOS X, FOTOGRAFÍAS Y CUIDADO PREVENTIVO

Los rayos X y las fotografías pueden ser necesarios para documentar y diagnosticar la caries dental y la higiene oral. Entiendo que los rayos X y las fotos son registros clínicos privados y no se compartirán con nadie más que el paciente / tutor. Doy mi consentimiento para la atención diagnóstica y preventiva, incluidos radiografías, fotografías intra-orales, profilaxis dental, tratamiento con fluoruro, selladores y desbridamiento completo de la boca si es necesario para fines de diagnóstico.

MEDICAMENTOS

Doy mi consentimiento para el uso de los medicamentos necesarios para el tratamiento dental. He tenido la oportunidad de hacerle preguntas al dentista sobre los medicamentos que serán utilizados. Entiendo que existe un riesgo de reacción alérgica a todos los medicamentos. Doy mi consentimiento para el uso de anestesia local para mi tratamiento dental. Entiendo que la anestesia local puede contener epinefrina y le he aconsejado a mi dentista si tengo alguna enfermedad cardíaca. Los medicamentos pueden incluir anestésicos locales, sedantes, analgésicos, antibióticos y antiinflamatorios.

CAMBIOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO DENTAL

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones que se encontraron al trabajar en los dientes que no se descubrieron durante el examen. Uno de los cambios más comunes es la necesidad de completar tratamiento de canal después de empezar un tratamiento restaurativo de rutina. Por la presente doy mi permiso al dentista para hacer todos los cambios y adiciones que sean necesarios. Si el plan de tratamiento cambia durante mi visita:

DESEO continuar con los cambios en el tratamiento a discreción del dentista.

NO DESEO continuar con los cambios en el tratamiento a discreción del dentista.

RELLENOS

Entiendo que las caries dentales requieren un relleno para reemplazar la estructura dental faltante. Entiendo que recibiré un relleno compuesto de resina, y he discutido las opciones con mi dentista. Entiendo que puede ser necesario un relleno más grande que inicialmente se diagnosticó debido a la descomposición adicional. Entiendo que la sensibilidad significativa es un efecto posterior común de un relleno recién colocado.

EXTRACCIONES DENTALES

Se me han explicado las alternativas a la extracción de los dientes (tratamiento de canal, coronas, cirugía periodontal, etc.) y autorizo al dentista a retirar los siguientes dientes y cualquier otro necesario. Entiendo que quitar los dientes no siempre elimina toda la infección. Si la infección persiste, puede ser necesario un tratamiento



201 S Rogers Road
Irving TX 75060
Phone: (972) 213 – 0045
Fax: (972) 600 – 8465

adicional. Comprendo los riesgos que implican la extracción de dientes, algunos de los cuales son dolor, hinchazón, propagación de infección, alveolitis, pérdida de sensibilidad en los dientes, la lengua de los labios y el tejido circundante (parestesia) que pueden durar un tiempo indefinido (días o meses) o fractura de mandíbula. Entiendo que es posible que necesite un tratamiento adicional por parte de un especialista o incluso una hospitalización si surgen complicaciones durante el tratamiento o después de él, cuyo costo es responsabilidad mía.

DENTADURAS: COMPLETAS O PARCIALES

Me doy cuenta de que las dentaduras completas o parciales son artificiales, hechas de acrílico, metal y / o porcelana. Los problemas de usar estos aparatos me han sido explicados, incluso la posible flojedad, el dolor y la posible rotura. Me doy cuenta de que la última oportunidad para realizar cambios en mis nuevas dentaduras (incluida la forma, el ajuste, la colocación de los dientes, el tamaño y el color) será en la visita de prueba "dientes en cera". Entiendo que la mayoría de las dentaduras postizas requieren un rebase aproximadamente de 3 a 12 meses después de la colocación final. El costo de dicho procedimiento no está incluido en la tarifa inicial de la dentadura postiza.

CORONAS Y PUENTES

Entiendo que a veces no es posible hacer coincidir el color de los dientes naturales con los dientes artificiales. Además, entiendo que puedo usar coronas temporales, que pueden desprenderse fácilmente. Entiendo que debo tener cuidado de asegurar que se mantengan hasta que se entreguen las coronas permanentes. Me doy cuenta de que la última oportunidad para realizar cambios en mi corona, puente o tapa (incluida la forma, el ajuste, el tamaño y el color) será anterior a la cementación. Entiendo que cualquier extracción o alteración de la estructura dental puede aumentar el riesgo de la necesidad de una terapia de canal.

PULPOTOMÍA

Me doy cuenta de que no hay garantía de que el tratamiento de pulpotomía / pulpectomía salve mi diente, y que pueden ocurrir complicaciones del tratamiento. Entiendo que necesito una pulpotomía / pulpectomía debido a la descomposición que se extiende a la pulpa, a la pulpitis o a la necrosis de la pulpa. Me doy cuenta de que el tejido coronal se está eliminando de los dientes como medida terapéutica debido a la descomposición profunda que puede estar cerca o en el espacio de la pulpa. Entiendo que este diente tenía un mal pronóstico antes del tratamiento, debido a la extensión de la caries, y existe el riesgo de que el diente se infecte y de que pueda ser necesario extraer el diente en el futuro.

CORONAS DE ACERO INOXIDABLE

Entiendo que necesito una corona de acero inoxidable para cubrir todo el diente debido a caries, fracturas o pulpotomías. Mi corona está hecha de acero inoxidable y estas coronas son de color plateado; Además, entiendo que no tendrán un ajuste perfecto en el diente debido al hecho de que son prefabricadas. Como resultado, existe la posibilidad de que los alimentos y los desechos queden atrapados debajo de las coronas y ellos pueden irritar las encías y / o mis dientes, y pueden provocar una infección o la pérdida de mi diente. Entiendo que necesito usar hilo dental y cepillo al menos dos veces al día y mantener estas coronas limpias para que no se infecten. He discutido las opciones de tratamiento con mi dentista. Si se desaloja la corona, entiendo que es mi responsabilidad notificar a la oficina lo antes posible, para poder reemplazar la corona. Si no se notifica a mi dentista de la caída de una corona es posible que se realice una nueva visita al consultorio para que se coloque una nueva corona. Las coronas pueden necesitar un ajuste para lograr una oclusión adecuada.

TRATAMIENTO ENDODONTICO

Me doy cuenta de que no hay garantía de que un tratamiento de canal pueda salvar mi diente, y que pueden ocurrir complicaciones después del tratamiento. De vez en cuando, se pueden romper los instrumentos de metal en el canal de la cámara de pulpa, lo que no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. Entiendo que necesito una pulpotomía / pulpectomía debido a la descomposición que se extiende a la pulpa, a la pulpitis o a la necrosis de la pulpa. Entiendo que en ocasiones pueden ser necesarios procedimientos quirúrgicos adicionales después del tratamiento de conducto (apicectomía). Entiendo que también tengo la opción de ver a un especialista.

TRATAMIENTO PERIODONTAL

Entiendo que se me ha diagnosticado una condición periodontal (leve, moderada o grave) que causa infección / pérdida (debilitamiento) de las encías y / o los huesos. Entiendo que la enfermedad periodontal no es curable, pero mi dentista me recomendó una terapia para prevenir una gran parte de la pérdida ósea y el desprendimiento de las



201 S Rogers Road
Irving TX 75060
Phone: (972) 213 – 0045
Fax: (972) 600 – 8465

enciás. Entiendo que el tratamiento periodontal (limpieza profunda) pueden ayudar a retrasar el proceso de esta condición, y es el tratamiento que me recomienda mi dentista. Me han enseñado que una buena higiene es la mejor manera de prevenir la progresión de la enfermedad periodontal, y la escala y la planificación de las raíces, seguidas del mantenimiento periodontal es el tratamiento que estoy recibiendo. También entiendo que después de una limpieza profunda puede haber una hemorragia grave de mi tejido gingival durante un período prolongado de tiempo. Otros riesgos incluyen aflojamiento o pérdida de dientes que se mantuvieron en su lugar por cálculo y sarro. Se me han explicado planes de tratamiento alternativos, que incluyen cirugía de encías, reemplazos y / o extracciones. Entiendo que emprender cualquier procedimiento dental puede tener un futuro efecto adverso en mi condición periodontal.

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta. Por lo tanto, los profesionales de buena reputación no pueden garantizar plenamente los resultados. Reconozco que ninguna garantía ha sido hecha por nadie con respecto al tratamiento dental, que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer este formulario y hacer preguntas. Mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Doy mi consentimiento al tratamiento propuesto.

Firma del Paciente / Padre o Tutor: _____

Fecha: _____