

Consentimiento General para Tratamiento Dental

(General Consent for Treatment)

Esta oficina requiere obtener su consentimiento para el tratamiento o cirugía dental que se le ha presentado. Le pedimos lea esta forma detalladamente y si tiene alguna pregunta acerca de algo que no entienda, porfavor dejenos saber para poder ayudarle, con gusto le explicaremos.

Por la presente autorizo y directo Dr _____ a realizar sobre mí o mi hijo, _____, los siguientes tratamientos dentales o procedimientos quirúrgicos orales incluido el necesario o conveniente anestesia local, radiografías, o las ayudas de diagnóstico.

En términos generales, los procedimientos dentales pueden incluir uno o varios de los siguientes:

- Limpieza de dientes y aplicación tópica de flúor
- Tratamiento de la enfermedad periodontal con profunda limpieza, la goma de cirugía, hueso y / injertos de tejidos blandos
- Aplicación de sellantes a las ranuras de los dientes
- Tratamiento de enfermos o heridos dientes con restauraciones dentales, ya sea amalgama (plata) o compuestos (blanco)
- Acero inoxidable coronas para los niños, que son necesarios en los casos en que los rellenos simple no sería la mejor restauración a largo plazo o en los casos en que hay grandes cavidades
- La sustitución de dientes que faltan con una prótesis dental (coronas, puentes, parcial o completa prótesis dentales, etc)
- Extracción (eliminación) de uno o más dientes que no se pueden almacenar
- Tratamiento de enfermos o heridos tejidos bucales (duro y / o blando)
- Tratamiento de los dientes se superponen y / o anomalías de desarrollo
- El uso de medicamentos sedantes y / o óxido nitroso para controlar la ansiedad y aprensión

El tratamiento se ha explicado a mí. Tengo entendido que ninguno de los anteriores procedimientos se llevarán a cabo sin discutir la necesidad de mí y obtener mi consentimiento para proceder. Los métodos alternativos de tratamiento, si las hubiere, junto con sus ventajas y desventajas se han explicado a mí. Me han informado de que los buenos resultados se espera, sin embargo, la posibilidad de complicaciones no pueden ser anticipados con precisión. Por lo tanto, ninguna garantía, expresa o implícita, se le puede dar a mí con respecto a este tratamiento. Entiendo perfectamente y autorizar al médico para realizar cualquier tratamiento es necesario que a su juicio será en el mejor interés de mí o mi salud del niño, una vez que ha comenzado el tratamiento.

Aunque su aparición es rara e impredecible, algunos riesgos se sabe que están asociadas con dental u oral procedimientos quirúrgicos, medicamentos, y / o anestésicos. Tenemos la obligación de divulgar los riesgos conocidos de adormecimiento, las infecciones, aspiración (tragar), hinchazón, sangrado, decoloración, náuseas, vómitos, reacciones alérgicas, la pérdida de la función de órganos, y la cicatrización. Entiendo y acepto que las complicaciones pueden requerir asistencia médica y hospitalización.

Entiendo también que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir los procedimientos debido a las condiciones encontró mientras trabajaba en las encías o los dientes que no fueron descubiertos durante el examen. La más común es la necesidad de canal de raíz tras la terapia reitutiva procedimientos de rutina. Doy mi permiso al dentista para realizar alguno o todos los cambios y adiciones que sean necesarias.

Certifico que he leído y entiendo plenamente este consentimiento. A mí me han dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de este consentimiento y tratamiento propuesto. También entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor hasta el momento en que yo decida dar por terminado. Dicha terminación de consentimiento debe ser por escrito.

Fecha

Paciente / Padre / Guardian Firma

Testigo