****

234 N. D Street ∙ San Bernardino, CA 92401 ∙ (909) 386-7878 ∙ (909) 386-7881 Fax

C:\Program Files\Microsoft Office\MEDIA\OFFICE12\Lines\BD21328_.gif[www.mydentistcalifornia.com](http://www.mydentistcalifornia.com)

**Formulario de Consentimiento de Tratamiento Dental**

*Lea y inicial de los elementos seleccionados a continuación. Entonces signo abajo.* Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**** **1. Trabajo por hacer**

Entiendo que estoy teniendo los siguientes trabajos: Rellenos\_\_\_\_\_\_Puentes\_\_\_\_\_Coronas\_\_\_\_Extracciones\_\_\_\_\_\_ Extraer muelas impactados\_\_\_\_\_\_General Anesthesia\_\_\_\_\_Root Canals\_\_\_\_\_\_Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Las Iniciales:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**** **2. Drogas y medicamentos**

Tengo entendido que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando enrojecimiento e inflamación de los tejidos, dolor, picazón, vómitos o shock anafiláctico (reacción alérgica severa). (Las iniciales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**** **3. Cambios en el plan de tratamiento**

Tengo entendido que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones que encontró mientras trabajaba en los dientes que no fueron descubiertos durante el examen, los más comunes están siguiendo los procedimientos rutinarios de restaurativas la terapia de conducto radicular. Mi autorice el dentista para hacer cualquier/todos los cambios y adiciones según sea necesario. (Las iniciales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**** **4. Eliminación de dientes**

Alternativas a la eliminación se han explicado me (terapia de conducto radicular, coronas y cirugía periodonto, etc.) y autorizo el dentista para quitar el siguiente tete \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ and cualquier necesaria por razones de otros en el párrafo # 3. Entiendo quitar dientes no siempre eliminar todas la infección, si está presente, y puede ser necesario tener aún más tratamiento. Tengo entendido que los riesgos involucrados en tener dientes eliminados, algunos de los cuales son dolor, hinchazón, la propagación de la infección, alveolitis seca, pérdida de sensibilidad en Mis dientes, labios, lengua y tejido circundante (parestesia) que puede durar durante un período indefinido de tiempo (días o meses) o la mandíbula fracturada. Entiendo que puedo necesito tratamiento adicional por un especialista o incluso hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, el costo de las cuales es mi responsabilidad. (Las iniciales: \_\_\_­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_)

**** **5. Corona, puentes y gorras**

Entiendo que a veces no es posible para que coincida con el color de los dientes naturales exactamente con dientes artificiales. Además, entiendo que permito vistiendo coronas temporales, que pueden desprenderse fácilmente y que debo ser cuidadoso asegurar que se mantengan hasta las coronas permanentes se entregan. Me doy cuenta de la última oportunidad para realizar cambios en mi nueva corona, puente, o tapón (incluyendo la forma, ajuste, el tamaño y el color) será antes de cementación. (Las iniciales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**** **6. Dentaduras postizas, completas o parciales**

Me doy cuenta de que la prótesis dental completas o parciales son artificiales, construido de plástico, metal o porcelana. Los problemas del uso de estos aparatos se han explicado a mí, incluyendo flojas, dolor y posibles roturas. Me doy cuenta de que la “dientes de cera” try en visita última oportunidad para realizar cambios en mis prótesis (incluyendo la forma, ajuste, tamaño, posición y color). Tengo entendido que la mayoría la dentadura postiza requiere aproximadamente tres a doce meses después de la colocación inicial de producción. El costo para este procedimiento no se incluye en la tarifa de dentadura inicial. (Las iniciales: \_\_\_\_\_\_\_\_)

**** **7. Tratamiento de endodoncia (canal de la raíz)**

Dan cuenta no existe ninguna garantía de que el tratamiento de conducto radicular guardará mi diente, y que pueden ocurrir complicaciones del tratamiento, y que ocasionalmente metales puestos se cimentaron en el diente o ampliar a través de la raíz, que no necesariamente afectar el éxito del tratamiento, tengo entendido que en ocasiones los procedimientos quirúrgicos adicionales pueden ser necesarios después de un tratamiento de conducto radicular (apicoectomy). (Las iniciales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**** **8. Periodonto Los (tejidos y huesos)**

Entiendo que tengo una afección grave, causando inflamación de las encías y el hueso o pérdidas y que puede conducir a la pérdida de los dientes. Planes de tratamiento alternativo se han explicado a mí, incluyendo la cirugía de la goma de mascar, reemplazos y/o extracciones. Tengo entendido que la empresa cualquier procedimientos dentales puede tener un efecto adverso futuro sobre mi condición periodonto. (Las iniciales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*Tengo entendido que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, los profesionales acreditados no pueden garantizar plenamente los resultados. Reconozco que ninguna garantía o la garantía se han realizado por cualquier persona en relación con el tratamiento dental que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer este formulario y hacer preguntas. Mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. El consentimiento para el tratamiento propuesto.*

Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre/guardián si el paciente es un menor de edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_