



Consentimiento formado - Odontología general

Todos los pacientes completan todas las líneas

1) EXÁMENES Y RADIOGRAFÍAS

Entiendo que la visita inicial puede requerir radiografías para completar el examen, el diagnóstico y el plan de tratamiento. Iniciales _____

2) DROGAS Y MEDICAMENTOS

Soy consciente y entiendo que los medicamentos pueden causar reacciones alérgicas. He informado al dentista de cualquier alergia conocida. Entiendo que si no tomo mi medicamento recetado de la manera en que me lo recetaron, es posible que mi afección no mejore y empeore. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la efectividad de los anticonceptivos orales. Entiendo que todos los medicamentos tienen el potencial de riesgos, efectos secundarios y las interacciones farmacológicas que lo acompañan, por lo tanto, entiendo la importancia de informar a mi dentista de todos los medicamentos actuales. Iniciales _____

3) CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones encontradas durante el trabajo en los dientes que no se descubrieron durante el examen inicial. Doy mi permiso al dentista para hacer todos los cambios y adiciones según sea necesario. Iniciales _____

4) DISFUNCIÓN CONJUNTA TEMPOROMANDIBULAR (TMD)

Entiendo que el estallido, haciendo clic, el bloqueo y el dolor pueden intensificarse o desarrollarse en la articulación de la mandíbula inferior después del tratamiento dental de rutina donde la boca se mantiene en la posición abierta. Aunque los síntomas de TMD asociados con el tratamiento dental generalmente son temporales y bien tolerados por la mayoría de los pacientes, entiendo que si surge la necesidad de un tratamiento, seré derivado a un especialista para el tratamiento, el costo es mi responsabilidad. Iniciales _____

5) PROFILAXIS DENTAL (LIMPIEZA)

Entiendo que el tratamiento es de naturaleza preventiva, destinado a pacientes con encías sanas, y se limita a la eliminación de la placa y el cálculo de las estructuras visibles de los dientes. Iniciales _____

6) RELLENOS

Entiendo que se puede requerir una restauración más extensa de lo planeado originalmente debido a la caries adicional o la estructura dental no compatible encontrada durante la preparación. Esto puede llevar a otras medidas necesarias (conducto radicular, corona, etc.) para restaurar el diente a su funcionamiento normal. Entiendo que la sensibilidad es común después de un relleno recién colocado. Iniciales _____

7) CORONAS, PUENTES, VENEERAS Y VINCULACIONES

Entiendo que a veces no es posible igualar el color de los dientes naturales exactamente con los dientes artificiales. Mi corona temporal debe mantenerse hasta que se entregue mi corona permanente. Me doy cuenta de que la oportunidad final para hacer cambios en mi nueva corona, puente o carilla será antes de que se cimente. Los retrasos excesivos en el regreso para la cementación permanente pueden permitir caries, movimiento de los dientes, enfermedad de las encías y / o problemas de mordida. Esto puede requerir una nueva versión de la corona, el puente o veneer. I understand there will be additional charges for remakes or other treatment due to my delaying permanent cementation. Iniciales _____



Consentimiento formado - Odontología general

8) DENTURAS - COMPLETO O PARCIAL

Entiendo que las dentaduras postizas completas o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal y / o porcelana. Me han explicado los problemas de usar dentaduras postizas, que incluyen flojedad, dolor y posible rotura. Entiendo que la oportunidad final para hacer cambios en mi nueva dentadura será la visita de "prueba". Las dentaduras inmediatas pueden requerir varios ajustes y rebases. Una línea permanente o una dentadura permanente será necesaria más adelante. Entiendo que la mayoría de las dentaduras postizas requieren una reclinación aproximadamente 3-12 meses después de la colocación inicial. Las revestimiento para dentaduras postizas no están cubiertas en la tarifa inicial de la dentadura. Es mi responsabilidad regresar para la entrega de dentaduras postizas. No regresar a tiempo para el parto puede resultar en dentaduras postizas mal ajustadas.

Iniciales _____

9) TRATAMIENTO ENDODONTICO (CONDUCTO RADICULAR DENTAL)

Me doy cuenta de que no hay garantía de que el tratamiento del conducto radicular salve mi diente y que el tratamiento puede causar complicaciones. El diente puede ser sensible durante el tratamiento e incluso permanecer sensible durante un tiempo después del tratamiento. Debido a que los dientes con endodoncias son más frágiles que otros dientes, se necesita una corona después del tratamiento endodóntico.

Iniciales _____

10) TRATAMIENTO PERIODONTAL

Entiendo que tengo una afección grave que causa inflamación de las encías y / o pérdida ósea, y que puede conducir a la pérdida de mis dientes y / o afecciones sistémicas negativas, algunas de las cuales son diabetes no controlada, enfermedades cardíacas, etc. Entiendo El éxito de cualquier tratamiento depende en parte de mis esfuerzos por seguir en casa las instrucciones que me dio mi higienista y / o médico. Entiendo que la enfermedad periodontal puede afectar negativamente el éxito a largo plazo del trabajo dental restaurador.

Iniciales _____

11) BLANQUEO

El blanqueamiento es un procedimiento realizado en la oficina y / o con bandejas para llevar a casa. Entiendo que puedo experimentar sensibilidad que puede disminuir cuando se suspende el tratamiento. El dentista puede recetar tratamientos con flúor para ayudar con la sensibilidad. El café, el té, el tabaco, etc. mancharán los dientes después del tratamiento.

Iniciales _____

Entiendo que mi seguro puede proporcionar solo el estándar mínimo de atención. He sido informado de la recomendación del dentista de un tratamiento dental óptimo. Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, los profesionales acreditados no pueden garantizar adecuadamente resultados. Reconozco que he recibido y entiendo las instrucciones postoperatorias y, si es necesario, se me ha dado una fecha de cita para regresar.

Firma _____ Fecha _____

Dentista _____ Fecha _____