

# FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

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

Por favor lea y escriba las iniciales de su nombre en cada uno de los siguientes parrafos, y lea y firme la seccion al pie de esta forma.

Usted tiene el derecho de ser informado sobre su diagnosis y planificar su procedimiento o cancelar cualquier procedimiento despues de ser informado de los riesgos, beneficios y opciones alternativas. Usted entiende que buen higiene es esencial para prevenir caries y asistir en un tratamiento dental exitoso.

## **1. EXAMEN/RAYOS EXIS/LIMPIEZO/SELLADORES**

Yo doy mi consentimiento a esta oficina/dentista para hacerme un examen rutinario, rayos exis, profilaxis (limpieza) y sellantes. (Iniciales \_\_\_\_\_)

## **2. FARMACOS Y MEDICAMENTOS**

Entiendo que los antibioticos y analgesicos y otros medicamentos pueden causar reaccion alergicas causando el enrojecimiento inflamacion de tejido, dolor, comenzon, vomito ,y/o choque anafilactico (reaccion alergica several). Yo le e informado a este doctor de todas las alergias conocidas que yo tenga. Se lo importante que es tomar cualquier medicamento que se me sea prescrito para minimizar problemas potenciales. Algunos medicamentos pueden causar modorra y no devo manejar ni operar maquinaria peligrosa al usar estas drogas. Si llego a tener un problema , devo obtener el cuidado medico apropiado o hablar a el 911. (Iniciales\_\_\_\_\_)

## **3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO**

Entiendo que durante el tratamiento puede que sea necesario cambiar o anadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentre mientras se da el tratamiento a mi dentadura que no hayan sido encontrado durante la examinacion, siendo lo mas comun la terapia de conducto radicular, siguiendo de procedimientos restaurativos rutinarios. Doy mi permiso al Dentista para que haga cualquier/todo los cambios y anadiduras necesarias.

(Iniciales\_\_\_\_\_)

Entiendo que la odontologia no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, practicos acreditados no pueden garantizar resultados por completo. Reconozco que nadie me ha garantizado o asegurado nada respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas. Estoy satisfecho que me han respondido a las preguntas. Doy mi consentimiento para que se lleve a cabo el tratamiento propuesto.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor si el paciente es menor de edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_