

## *Consentimiento de Odontología General*

1. \* TRABAJO POR HACER

Entiendo que como un nuevo paciente y para una exitosa citas de revisión, doy mi consentimiento para los exámenes orales, rayos X y para una limpieza profilaxis (según sea necesario) \_\_\_\_\_ Iniciales

2. \* DROGAS Y MEDICAMENTOS

Entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas, causando enrojecimiento e inflamación de los tejidos, dolor, prurito, vómitos, diarrea y shock anafiláctico. He hablado cualquier alergias y sensibilidades que tengo a la medicación con el dentista, así como cualquier condición médica y medicamentos que pueden contribuir a cualquier posible reacción a medicamentos. Además, anestésicos dados pueden causar parestesia temporal o permanente (adormecimiento) \_\_\_\_\_ Iniciales

3. \* CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento, puede ser aquí para cambiar los procedimientos (Agregar o quitar), debido a las condiciones que encontró mientras trabajaba en dientes que no se descubrieron durante el examen. Doy permiso al dentista para cambiar todo el curso del tratamiento segun sea necesario. \_\_\_\_\_ Iniciales

4. EXTRACCIÓN DE DIENTES

Alternativas a la extracción de diente (dientes) se explican me (terapia de Endodoncia, corona y cirugía periodontal, etc.), y autorizo al dentista para quitar un diente/dientes y cualesquiera otras necesarias para en el apartado 3. Entiendo que quitar dientes no siempre elimina todas la infección, si está presente, y puede ser necesario tener más tratamiento. Entiendo que elimina el riesgo que conlleva tener dientes, algunos de los cuales son: dolor hinchazón mandíbula fracturada y propagación de la infección, alveolitis seca, pérdida de sensación en mis dientes, la lengua y el tejido circundante (parestesia) que puede durar un período de tiempo indefinido. Entiendo que puedo necesito tratamientos por un especialista si surgen complicaciones durante o tratamiento siguiente, el costo de la que es mi responsabilidad. \_\_\_\_\_ Iniciales

5. CORONAS Y PUENTES

Entiendo que a veces no es posible hacer coincidir el color de los dientes naturales exactamente con dientes artificiales. Además, entiendo que puedo llevar coronas temporales, que puede desprenderse fácilmente y que debo ser cuidadoso garantizar que se mantengan hasta las coronas permanentes se entregan. Me di cuenta de la última oportunidad para hacer cambios en mi corona y puente (incluyendo el color, tamaño y forma, ajustar) será antes de cementación. También es mi responsabilidad volver para cementación permanente dentro de 20 días de preparación del diente. Retrasos excesivos pueden permitir movimiento de diente. Esto puede requerir necesario rehacer la corona y el puente. Entiendo que habrá cargos adicionales para rehacer debido a mi retraso de la cementación permanente. \_\_\_\_\_ Iniciales

6. TRATAMIENTO DE ENDODONCIA

Me doy cuenta de que no hay ninguna garantía de que el tratamiento de raíz salve mi diente y que complicaciones pueden surgir del tratamiento, y que de vez en cuando el canal de material de relleno puede extenderse a través de los dientes que no necesariamente afectan el éxito del tratamiento. Entiendo que escariadores y files endodoncia son instrumentos muy finos y subraya ventilado en su fabricación puede ocasionar que separar durante el uso. Entiendo que en ocasiones los procedimientos quirúrgicos adicionales pueden ser necesarios tras tratamiento de Endodoncia (apicoectomy). Además, entiendo que el tratamiento de Endodoncia debe ser seguido por algún tipo de tratamiento restaurador, como un poste y corona o un relleno. Entiendo que este tratamiento debe hacerse dentro de 2 a 3 semanas del tratamiento de Endodoncia. Cualquier retraso por mi parte en la restauración del diente hará que el diente a deteriorarse aún más y eventualmente convertirse en reinfección o romper, que puede resultar en la pérdida de los dientes \_\_\_\_\_ Iniciales

7. PÉRDIDA PERIODONTAL (TEJIDOS Y HUESOS)

Entiendo que la enfermedad periodontal es una condicion grave, causando inflamación en las encías y huesos que puede conducir a la pérdida de dientes. Planes de tratamiento alternativo han explicado a mí, incluyendo cirugía de encías, reemplazos y/o extracciones. Entiendo que la empresa cualquier procedimientos dentales puede tener efecto adverso futuro sobre mi condición periodontal.  
\_\_\_\_\_ Iniciales

8. RELLENOS

Entiendo que la atención debe ejercerse de masticar rellenos, especialmente durante las primeras 24 horas para evitar roturas. Entiendo que un relleno más amplia que originalmente diagnosticados sean necesario debido al deterioro adicional. Entiendo que sensibilidad significativo es común después de efecto de relleno recién colocado. Entiendo que en algunos casos, el tratamiento de Endodoncia puede ser necesario, si persiste de sensibilidad. \_\_\_\_\_ Iniciales

9. DENTADURAS

Entiendo que el uso de prótesis dentales es difícil. Puntos de Dolores, voz alterada y dificultades para comer son problemas comunes. Prótesis inmediata (colocación de prótesis inmediatamente después de la extracción) pueden ser doloroso: la dentadura puede requerir ajuste considerable y varios reforramientos. Un reforramiento permanente será necesario. Esto no está incluido en la cuota de prótesis dental. Entiendo que es mi responsabilidad volver para la entrega de las prótesis dentales. Entiendo que el no mantener el nombramiento de entrega puede dar lugar a una prótesis dental mal ajustada. Si es necesario rehacer una prótesis dental debido a mis retrasos de más de 10 días después de la entrega programada inicial, habrá cargos adicionales. \_\_\_\_\_ Iniciales

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, los profesionales acreditados correctamente no pueden garantizar resultados

Por la presente autorizo a los médicos o dentales auxiliares para tramitar y realizar las restauraciones dentales y el trato como se me explicó. Entiendo que esto es sólo una estimación y sujeto a modificación en función de circunstancias imprevistas o diagnosticables que puedan surgir durante el curso si tratamiento. Entiendo que independientemente de cualquier cobertura dental que tengo, soy responsable por el pago de honorarios dentales. Estoy de acuerdo en pagar los honorarios de los abogados, tasas de colección o los gastos que puedan incurrir para cumplir con esta obligación.

Entiendo que la facturación a mis médicos y dentales compañía /compañías de seguros es una cortesía de Naushil Desai, D.M.D.,INC. personal. Entiendo además que independientemente de las diversas políticas de insruance médica dental, soy responsable por el pago en su totalidad de mi tratamiento a Naushil Desai D.M.D., INC. Estoy también de acuerdo ayudar al personal a Naushil Desai, D.M.D., INC. para lograr el pago de mi compañía de seguros y responderá con prontitud y precisión a toda correspondencia para asegurar el pago en su totalidad.

\_\_\_\_\_  
\* Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
\* Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad**

Usted Puede Negarse a Firmar Este Reconocimiento

Yo, \_\_\_\_\_ han recibido una copia de aviso de prácticas del esta Oficina de privacidad.  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**FOR OFFICE USE ONLY**

- Individual Refused to Sign
- Emergency Situation Prevented Signature of Acknowledgement
- Communication Barriers Prohibited Obtaining the Acknowledgement
- Other \_\_\_\_\_

\* Requerido para todos los pacientes nuevos