



San Gabriel Valley Foundation for Dental Health

Consentimiento Informado Para Trabajo Dental General

Nombre Del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Examen y Radiografías (Iniciales _____)

Entiendo que la consulta o visita inicial puede requerir radiografías para poder completar el diagnóstico y plan de tratamiento.

Drogas y Medicamentos (Iniciales _____)

Me han informado y entiendo que los antibióticos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas resultando en enrojecimiento, inflamación o hinchazón de los tejidos, dolor, comezón, vomito, y/o choque anafiláctico (reacción alérgica severa). Entiendo que al no tomar las medicinas prescritas de la manera indicada se pueden presentar riesgos de infección, dolores continuos/agravados, y/o resistencia al tratamiento eficaz del paciente.

Cambios a Tratamiento Planeado (Iniciales _____)

Entiendo que puede ser necesario hacer cambios o agregar procedimientos -que no fueron diagnosticados en la primera visita- por condiciones encontradas mientras se hace el tratamiento. Lo más común es el tratamiento de endodoncia después de un relleno. Yo doy mi permiso al dentista que haga los cambios necesarios al plan de tratamiento.

Rellenos (Iniciales _____)

Entiendo que debo tener cuidado al masticar con las empastaduras (rellenos) nuevos durante las primeras 24 horas para evitar roturas. Entiendo que la sensibilidad es un efecto común de los rellenos nuevos.

Extracción De Dientes (Iniciales _____)

Me han sido explicadas las alternativas de la extracción (tratamiento de conducto, coronas, cirugía de la encía, etc.) y autorizo al dentista a extraer los siguientes dientes y/o muelas. Entiendo que extraer dientes no siempre remueve toda la infección (si existe), y puede ser necesario un tratamiento adicional. Reconozco los riesgos involucrados al sacar dientes o muelas; algunos de cuales son dolor, hinchazón, expansión de la infección, alveolitis, pérdida de sensación en los dientes, labios, lengua y tejido circundante (Parestesia), y/o mandíbula fracturada, los cuales pueden durar un periodo indefinido. Entiendo que puede necesitar tratamientos adicionales por un especialista o aun ser hospitalizado si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, el costo de los cuales son mi responsabilidad.

Tratamiento Periodontal (Tejido) (Iniciales _____)

Entiendo que el niño puede tener una condición seria que causa inflamación de las encías y/o pérdida de hueso, y que puede llevar a la pérdida de dientes o muelas. Planes de tratamientos alternativos me han sido explicados, incluyendo limpieza sin cirugía de encías, y/o extracciones. Entiendo que el éxito de cualquier tratamiento depende en parte de mis esfuerzos en el cepillado diario y en la limpieza habitual de los dientes con hilo dental, en recibir los tratamientos de limpieza indicados, en seguir una dieta sana, en evitar el uso de tabaco, y en seguir otras recomendaciones.

Tratamiento De Endodoncia (Tratamiento de Nervio) (Iniciales _____)

Entiendo que no hay ninguna garantía que el tratamiento de nervio salvara el diente o muela, que pueden surgir complicaciones del tratamiento, y que a veces objetos de metal son cementados adentro del diente o se extiendan por fuera del diente o muela (pero que no afecta necesariamente el éxito del tratamiento). Entiendo que a veces procedimientos quirúrgicos adicionales son necesarios después de un tratamiento de conducto (Apicectomía).

Entiendo que el trabajo dental no es una ciencia exacta y por consiguiente los practicantes bien reputados no pueden garantizar propiamente los resultados. Reconozco que nadie me ha dado ninguna garantía o seguridad en respecto al tratamiento dental que he pedido y autorizado. Entiendo que cada Dentista es un Practicante individual y se hace responsable de manera individual por el cuidado dental prestado. También entiendo que ningún otro dentista, aparte del dentista que me trata, ni San Gabriel Valley Fundación por la Salud Dental se hace responsable por mi tratamiento dental.

Firma de Paciente/Guardian: _____ Fecha: _____

Firma de Paciente/Guardian: _____ Fecha: _____

Firma de Paciente/Guardian: _____ Fecha: _____