

# CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO DENTAL

- Por este medio autorizo al/los dentista(s) de \_\_\_\_\_ y/o a los asistentes dentales de su elección a que lleven a cabo el siguiente tratamiento dental o procedimiento(s) de cirugía oral, incluyendo el uso de anestesia local (ya sea por necesidad o por recomendación médica), radiografías (Rayos X) u otros métodos de diagnóstico.
  - Tratamiento de higiene preventiva (profilaxis) y la aplicación de fluoruro tópico.
  - Aplicación de "selladores" plásticos a las ranuras de los dientes.
  - Tratamiento del diente enfermo o lastimado con componentes dentales (empastes o coronas).
  - Reemplazo de dientes perdidos o ausentes con prótesis dentales (puentes, dentaduras postizas parciales o totales).
  - Removimientos (extracción) de uno o más dientes.
  - Tratamiento de tejidos orales enfermos o lastimados (duros y/o suaves).
  - Uso de sedantes cuando el comportamiento del paciente pueda interferir con el tratamiento o para tranquilizar al paciente.
  - Tratamiento de dientes torcidos y/o de anomalías orales desarrolladas o relacionadas con el crecimiento.
  - Uso de anestesia general para llevar a cabo el tratamiento necesario.
- Entiendo que este tratamiento tiene ciertos riesgos y por este medio certifico que estos riesgos me serán explicados, que tendré la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con el tratamiento y sus riesgos y que entiendo los mismos completamente.
- Seré advertido de que el éxito del tratamiento dental que se proveerá requerirá que el paciente y/o los padres del paciente sigan las instrucciones posoperatorias y de cuidado posterior provistas por el/los dentista/s. Estoy de acuerdo en que el éxito del tratamiento requiere que se sigan todas las instrucciones posoperatorias y de cuidado posterior y de que se cumplan todas las visitas regulares a la oficina, tal y como fueran programadas con mi dentista o sus auxiliares.
- Reconozco que durante el transcurso del tratamiento situaciones imprevistas pueden requerir procedimientos adicionales o diferentes de aquéllos discutidos previamente. Como consecuencia de esto, por este medio autorizo y solicito que se lleve a cabo todo procedimiento adicional que se considere necesario o conveniente para la salud oral y el bienestar del paciente, de acuerdo con el juicio profesional del dentista.
- Hay riesgos o complicaciones asociadas con la administración de anestésicos locales, sedantes y medicamentos. Los más comunes son hinchazón, sangrado, dolor, náusea, vómitos, moretones, hormigueo, así como el adormecimiento de los labios, encías, cara y lengua, reacciones alérgicas, hematomas (hinchazón o sangrado en o cerca de la zona en que fue inyectado/a), desmayos y mordidas de los labios o mejillas que puedan producir úlceras e infección de la mucosa. También entiendo que hay riesgos potenciales extraordinarios tales como la reacción de forma no favorable a medicamentos lo que puede producir colapsos respiratorios o cardiovasculares (para respiratorio y del funcionamiento del corazón) y falta de oxígeno al cerebro, lo que puede producir un estado de coma o la muerte. Comprendo y he sido informado de los riesgos y complicaciones antes mencionados.
- Estoy de acuerdo con el uso de anestesia local y de analgésicos de óxido nitroso/oxígeno (por inhalación) de acuerdo con el juicio profesional de el/los doctor(es). En ocasiones, el óxido nitroso/oxígeno pueden producir náuseas y vómitos. También estoy consciente de que el aditamento que se pone encima de la nariz deja una marca o anillo alrededor de ésta que desaparece poco después del procedimiento. Comprendo y he sido informado de los riesgos y complicaciones antes mencionados.
- Además, autorizo a los doctores a que utilicen las fotografías, radiografías, cualquier otro material de diagnóstico, así como los expedientes de tratamiento para los fines de enseñanza, investigación y publicaciones científicas.
- Por este medio certifico que he leído y entendido este formulario de consentimiento y que todas las preguntas sobre los procedimientos que se lleven a cabo serán respondidas de una manera satisfactoria. También entiendo que tengo el derecho de recibir respuestas a todas las preguntas que puedan surgir durante y después del transcurso de mi tratamiento.
- Además entiendo que este consentimiento se mantendrá en efecto hasta el momento en que yo decida terminarlo.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM Carpeta No: \_\_\_\_\_

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

Nombre del Padre o Encargado: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Firma: Padre, Madre o Guardián

Testigo