

## **Consentimiento Informado Para Tratamiento Dental**

Yo entiendo que al firmar este consentimiento informado no hay obligación de ningún tratamiento. También es de mi conocimiento que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o adicionar procedimientos debido al hallazgo de nuevas condiciones en el diente que no se observaron en el momento del examen – por ejemplo, Terapia del Conducto Radicular(Root Canal) subsiguiente a procedimientos restauradores de rutina, y restauraciones adicionales por caries que no fueron visible con las radiografías. Yo entiendo que la Odontología no es una ciencia exacta y que, por consiguiente, profesionales con buena reputación no pueden garantizar resultados. Yo acepto que no hay garantía o seguridad respecto al tratamiento dental que yo he requerido y autorizado.

### **ODONTOLOGIA RESTUARADORA – CORONAS, PUENTES FIJOS, VENEERS, OPERATORIA.**

Yo entiendo que, diferente a otros tejidos en el cuerpo humano, el diente no tiene la habilidad de regenerarse; esto es, cada vez que un diente es tocado para cualquier tipo de restauración, siempre hay riesgo de posible sensibilidad, la necesidad de tratamiento del conducto radicular o inclusive la extracción. Esto puede ocurrir inclusive en dientes que no estén sensibles antes de cualquier tratamiento. Yo podría experimentar sensibilidad al masticar, comer o beber cosas frías o calientes. El diente puede aun ser sensible sin causa aparente. La mordida podría necesitar ajustes, o el nervio podría ser severamente traumatizado o cualquier pérdida de las estructuras dentales y podría necesitar de una Corona, un Tratamiento del Conducto o inclusive la extracción puede ser necesaria. Yo entiendo que seré financieramente responsable por cualquier tratamiento adicional que pueda ser requerido si surge alguna de las complicaciones arriba mencionadas; tales como tratamiento del conducto radicular, extracción o tratamiento continuado con un especialista.

Yo entiendo que algunas veces no es posible conseguir el color exacto del diente natural a través del reemplazo de un diente artificial. Además entiendo que podría Llevar puestas coronas temporales que pueden desprenderse con facilidad y que tendría que visitar esta oficina nuevamente para ser recementadas, y que yo debo ser cuidadoso para conservar dichas coronas temporales hasta que la corona definitiva me sea entregada. Se también que tendre la oportunidad final de hacer cambios (forma, ajuste, tamaño y color) antes de la cementación definitiva. También es mi responsabilidad, regresar para la cementación definitiva en los 30 días desde la toma de la impresión del diente; demoras excesivas pueden producir movimiento de los dientes y eso requeriría volver a elaborar el puente o la corona. Yo entiendo que podrían haber costos adicionales por reelaboraciones debidas a mis atrasos en la cementación definitiva. Yo entiendo que la porcelana/cerámica y los materiales dentales de restauración pueden fracturarse y que yo seré responsable del pago para reponerlas.

Yo entiendo que soy responsable monetariamente por TODOS los aranceles de Laboratorios Dentales asociados con, pero no limitados a: Coronas/Puentes/Laminillas de Porcelana(Venners)/Pruebas en Cera, trabajos que requieran que un laboratorio fuera de esta oficina fabriquen para mí.

Yo entiendo que ninguna restauración o prótesis dental es permanente; la mayoría de las restauraciones necesitan eventualmente ser reemplazadas o restauradas de nuevo alguna vez en el futuro. Esta necesidad de rehacer algún trabajo está relacionada con mis hábitos orales, alimenticios, higiene oral, y mantenimiento regular semestral, con visitas al consultorio dental para radiografías y limpieza.

Yo entiendo que debo ejercer un cuidado al masticar con dientes restaurados, especialmente durante las primeras 24 horas para evitar las sobrefuerzas. Yo entiendo que se podrían necesitar procedimientos restauradores más extensos que los originalmente diagnosticados, debido a grandes procesos de caries o a caries adicional. Yo entiendo que una significativa sensibilidad es un efecto común después de colocar una nueva restauración.

Yo entiendo que los antibióticos, los analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas tales como enrojecimiento e inflamación de los tejidos, dolor, irritación, vómito y shock anafiláctico.

Se que es mandatorio que suministre una minuciosa,veridica y completa historia medica personal tanto coma me sea posible, seguir cualquier instruccion o directriz, y permitir procedimientos diagnosticos que se me prescriban.

Ye autorizo que me sean tomadas fotografias bajo las siguientes condiciones:

1. La fotografias solo pueden ser tomadas con el consentimiento del mi dentista y bajo las condiciones y ocasiones que puedan ser aprabadas por el.
2. Las fotografias pueden ser tomadas por mi dentista o por un fotografo autorizado por mi dentista.
3. Las fatografias seran usadas para records dentales y, a juicio de mi dentista, para investigacion dental, educacion a beneficio de la ciencia. Para tales propositos, las fotografias y la informacion concerniente a ml caso podra ser publicada y republicada . ya sea separadamente como en coneccion de unas con otras, en diarios y revistas profesionales o libros medicos, a usadas para cualquier otro proposito de interes dental, educacianal a investigacion. Esta especificamente entendido que en cualquier caso de publicacion o uso de esas fotografias, yo no sere identificado por mi nombre.
4. Las fotogratias mencionadas pueden ser modificadas a retocadas de la forma que mi dentista, y a su discrecion, considere deseable.

**Después de haber leído el consentimiento, una firma electronica sera requerida el la oficina.**