

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

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

Nombre del Paciente _____

☐ **1. TRATAMIENTO A HACERSE**

Entiendo que me harán el siguiente tratamiento: Empaste _____ Puentes _____ Coronas _____ Extracción de Dientes _____ Extracción de Dientes Impactados _____ Anestesia General _____ Conducto Radicular _____ Otro _____ (Iniciales _____)

☐ **2. FÁRMACOS Y MEDICAMENTOS**

Entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando el enrojecimiento e inflamación de tejidos, dolor, comezón, vómito, y/o choque anafiláctico (reacción alérgica severa).. (Iniciales _____)

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

Entiendo que durante el tratamiento puede que sea necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentren mientras se da el tratamiento a mi dentadura que no hayan sido encontradas durante la examinación, siendo lo más común la terapia de conducto radicular, seguido de procedimientos restaurativos rutinarios. Doy mi permiso al Dentista para que haga cualquier/todos los cambios y añadiduras necesarios. (Iniciales _____)

☐ **4. EXTRACCIÓN DE DIENTES**

Se me han explicado las alternativas a una extracción de dientes (terapia de conducto radicular, coronas, y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al Dentista extraerme los siguientes dientes _____ y cualquier otro(s) que sea necesario por motivos descritos en el párrafo #3. Entiendo que la extracción de dientes no siempre remueve toda la infección, si la hay, y puede que necesite tratamiento adicional. Entiendo cuáles son los riesgos de una extracción de dientes, algunos de los cuales son dolor, inflamación, propagación de la infección, alveolo seco, pérdida de sensibilidad en mis dientes, labios, lengua y tejido circundante (Parestesia) que puede durar por un período de tiempo indefinido (días o meses), o quijada fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o hasta ser hospitalizado si resultan complicaciones durante o después del tratamiento, y es mi responsabilidad pagar por el costo de esto. (Iniciales _____)

☐ **5. CORONAS, PUENTES Y CAPERUZAS**

Entiendo que algunas veces no es posible igualar exactamente el color de la dentadura postiza al de la dentadura natural. Además entiendo que puede que traiga coronas temporales que pueden caerse fácilmente y que debo tener cuidado para asegurarme de que no se caigan hasta que se entreguen las coronas permanentes. Estoy enterado que la última oportunidad para hacer cambios a mi nueva corona, puente o caperuza (incluyendo cambios en la forma, adaptación, tamaño, y color) la tendré antes de la cementación. (Iniciales _____)

☐ **6. DENTADURAS POSTIZAS, COMPLETAS O PARCIALES**

Estoy enterado de que las dentaduras postizas completas o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal, y/o porcelana. Se me han explicado los problemas que pueden surgir por usar estos aparatos, incluyendo aflojamiento, dolor, y posible ruptura. Entiendo que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura postiza (incluyendo cambios en la forma, adaptación, tamaño, y color) la tendré cuando asista a la consulta para probarme los "dientes en cera". Entiendo que la mayoría de las dentaduras postizas requieren otra alineación aproximadamente de tres a doce meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en el costo inicial de la dentadura postiza. (Iniciales _____)

☐ **7. TRATAMIENTO ENDODÓNTICO (CONDUCTO RADICULAR)**

Entiendo que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular salvará mi diente, y que pueden presentarse complicaciones por el tratamiento, y que en ocasiones, se cementan objetos de metal en el diente o se extienden a través del conducto radicular, lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. Entiendo que en ocasiones puede necesitarse de procedimientos quirúrgicos adicionales después de un tratamiento de conducto radicular (apicoectomía). (Iniciales _____)

☐ **8. PÉRDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO)**

Entiendo que tengo una condición grave, que está causando inflamación o pérdida de encías y de hueso, y que puede causar la pérdida de mis dientes. Se me han explicado planes de tratamiento alternativos, incluyendo cirugía de la encías, reemplazo y/o extracciones. Entiendo que el someterse a cualquier procedimiento dental puede tener un efecto negativo en el futuro en mi condición periodontal. (Iniciales _____)

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, prácticos 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 _____

Dr. Thomas Trinh D.D.S
16151 Whittier Blvd Whittier Ca 90603

El Reconocimiento paciente de Recibo de Hoja Dental De Hechos De Materias

Yo, _____, reconozco que he recibido de
Nombre del paciente

Dr. Thomas Trinh D.D.S. una copia de la hoja informativa sobre materiales dentales con fecha de octubre de 2001.

Firma del paciente

Fecha

El documento a continuación es la hoja informativa de materiales dentales de la Junta Dental de California. El Departamento de Asuntos del Consumidor no tiene posición con respecto al idioma de este Material Dental Hoja de hechos; y su vínculo con el sitio web de la DCA no constituye una aprobación del contenido de este documento

La Junta Dental de California

Hoja de datos de materiales dentales

Adoptado por la Junta el 17 de octubre de 2001

Como lo requiere el Capítulo 801, Estatutos de 1992, la Junta Dental de California ha preparado esta hoja informativa para resumir información sobre los materiales dentales de restauración más utilizados. Información en esta hoja de datos tiene como objetivo fomentar la discusión entre el paciente y el dentista con respecto a la selección de materiales que mejor se adaptan a las necesidades dentales del paciente. No pretende ser una guía completa para la odontología. ciencia de los Materiales.

Los materiales más utilizados en odontología restauradora son amalgama, resina compuesta, ionómero de vidrio. cemento, cemento de resina-ionómero, porcelana (cerámica), porcelana (fundida sobre metal), aleaciones de oro (noble) y níquel o aleaciones de cobalto-cromo (metal base). Cada material tiene sus propias ventajas y desventajas, beneficios y riesgos. Estos y otros factores relevantes se comparan en la matriz adjunta titulada "Comparaciones de restauraciones Materiales dentales. También se adjunta un "Glosario de términos" para ayudar al lector a comprender los términos utilizados. Las declaraciones hechas están respaldadas por investigaciones dentales relevantes y creíbles publicadas principalmente entre 1993 -

2001. En algunos casos, donde la investigación contemporánea es escasa, hemos indicado nuestras mejores percepciones basadas en sobre información anterior a 1993.

El lector debe saber que el resultado del tratamiento dental o la durabilidad de una restauración no es únicamente un función del material a partir del cual se realizó la restauración.

La durabilidad de cualquier restauración está influenciada por la técnica del dentista al colocar la restauración, la materiales auxiliares utilizados en el procedimiento y la cooperación del paciente durante el procedimiento. Siguiendo restauración de los dientes, la longevidad de la restauración se verá fuertemente influenciada por el cumplimiento del paciente con la higiene dental y los cuidados domiciliarios, su alimentación y hábitos de masticación.