



# COMPREHENSIVE COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC.

## Consentimiento Informado para Trabajo Dental General

Obtener consentimiento informado del punto 1 a 5 para todos los pacientes y del punto 6 al 11 de acuerdo a lo necesario.

1. **EXAMEN Y RADIOGRAFIAS:** Entiendo que la consulta o visita inicial puede requerir radiografías para poder completar el diagnóstico y plan de tratamiento. Iniciales \_\_\_\_\_

2. **DRUGAS, MEDICAMENTOS Y SEDANTES:** Me han informado y entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas resultando en enrojecimiento, inflamación o hinchazón de los tejidos, dolor, comezón, vomito, y/o choque anafiláctico (severa reacción alérgica). También puede causar somnolencia y falta de conocimiento y coordinación que pueden ser exacerbados por el uso de alcohol u otras drogas. Entiendo y acepto que no debo operar o manejar ningún vehículo o artefacto peligroso por lo menos por 12 horas o hasta que esté completamente recuperado de los efectos de la anestesia, medicamentos y drogas que me pueden haber administrado en la oficina para mi tratamiento. Entiendo que el no tomar las medicinas prescritas en la manera indicada puede presentar riesgos de infecciones y/o dolores continuos o agravados, y resistencia potencial al tratamiento eficaz de mi estado. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la efectividad de los anticonceptivos orales. Iniciales \_\_\_\_\_

3. **CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO:** Entiendo que durante el curso del tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos debido a condiciones encontradas en los dientes en el transcurso del tratamiento que no fueron descubiertas durante el examen, siendo el más común el tratamiento de conducto después de procedimientos rutinarios restaurativos. Autorizo al Dentista a hacer cualquier cambio y/o añadidura que sean necesarios. Iniciales \_\_\_\_\_

4. **FUNCIONAMIENTO DEFICIENTE DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDEBULAR (TMD):** Entiendo que síntomas tales como chasquido, tronido, disloque o dolor pueden intensificarse o desarrollarse en la articulación de la mandíbula inferior (cerca del oído) después del tratamiento dental de rutina en el cual la boca debe mantenerse posición abierta. Aun cuando los síntomas de TMD asociados con el tratamiento dental son usualmente de naturaleza transitorias y bien toleradas por la mayoría de los pacientes, comprendo que si llegaran a surgir la necesidad de tratamiento, yo seré derivado a un especialista para tratamiento, y el costo del mismo será de mi responsabilidad. Iniciales \_\_\_\_\_

5. **ROLLETO DENTAL DE MATERIALES:** Entiendo que he leído el rolleto dental de materiales. Iniciales \_\_\_\_\_

6. **EMPASTADURAS:** Entiendo que debo tener cuidado al masticar con las empastaduras nuevas durante las primeras 24 horas para roaduras. Entiendo que la sensibilidad es un efecto común de los rellenos nuevos. Iniciales \_\_\_\_\_

7. **EXTRACCION DE DIENTES O MUELAS:** Me han sido explicadas las alternativas de las extracción (tratamiento de conducto, coronas, cirugía de la encía etc.) y autorizo al Dentista a extraer los siguientes dientes y/o muelas \_\_\_\_\_ y cualquier otros por razones explicitadas en el párrafo 3. Entiendo que el extraer piezas dentales no siempre remueve toda la infección (si existiese), y puede ser necesario un tratamiento adicional. Reconozco los riesgos involucrados en sacar dientes o muelas, algunos de los cuales so dolor, hinchazón, expansión de la infección. Alveolitis, perdida de sensación en los dientes, labios, lengua, y tejido circundante (Parestesia) que puede durar un

Periodo indefinido o mandíbula fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamientos adicionales por un especialista o aun ser hospitalizado si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, el costo de los cuales son de mi responsabilidad. Iniciales \_\_\_\_\_

8. **CORONAS, PUENTES, CASQUILLOS (FUNDAS), LAMINADOS Y CEMENTACION (BONDING):** Entiendo que algunas veces no es posible obtener el mismo color de dientes naturales con dientes artificiales. Además entiendo que pueda tener que usar coronas provisorias que se despeguen fácilmente y que debo tener mucho cuidado para asegurar que no se caigan o despeguen hasta que las coronas permanentes me sean entregadas. Entiendo que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva corona, puente, o casquillo (funda), incluyendo forma, ajuste, tamaño y color, serán antes de la cementación. Me ha sido explicado que, en algunos pocos casos, tratamientos cosméticos pueden ocasionar la necesidad de tratamiento endodónticos adicionales, que no siempre pueden ser previsto o anticipados. Entiendo que procedimientos cosméticos pueden afectar las superficies dentales y pueden requerir cambios en los procedimientos de limpieza diarios. Iniciales \_\_\_\_\_

9. **DENTURAS - COMPLETAS O PARCIALES:** Entiendo que las dentaduras completas o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal y/o porcelana. Me han explicado los problemas que pueden surgir al usar estos aparatos, tales como desajuste, dolores, y posible rotura. Entiendo que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura (incluyendo forma, ajuste, tamaño, colocación, y color) será durante la visita de prueba del molde en cera. Entiendo que la mayoría de las dentaduras requieren ajuste de tres a dos meses después de ser colocadas inicialmente. El costo de este procedimiento no está incluido en el precio original de la dentadura postiza. Iniciales \_\_\_\_\_

10. **TRATAMIENTO DE ENDODOCIA (TRATAMIENTO DE CONDUCTO):** Entiendo que no hay ninguna garantía que el tratamiento de conducto salvaría mi diente o muela, y pueden surgir complicaciones del tratamiento, y que a veces objetos de metal son cementados adentro del diente o se extienden por fuera del diente o muela pero no afecta necesariamente el éxito del tratamiento. Entiendo que a veces procedimientos quirúrgicos adicionales son necesarios después de un tratamiento de conducto (Apicectomia). Iniciales \_\_\_\_\_

11. **TRATAMIENTO PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESOS):** Entiendo que tengo 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 tratamiento alternativas me han sido explicados, incluyendo limpieza sin cirugía, cirugía de encías y/o extracciones. Entiendo que el éxito de cualquier tratamiento depende en parte de mis esfuerzos en el cepillado 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 tabaco y en seguir otras recomendaciones. Iniciales \_\_\_\_\_

Entiendo que el trabajo dental no es una ciencia exacta y por consiguiente los profesionales de buena reputación no pueden garantizar proplamente los resultados. Reconozco que nadie me ha dado ninguna garantía o seguridad con respecto al tratamiento dental que he pedido y autorizado. Entiendo que cada Dentista es un profesional individual y se hace responsable de manera individual por el cuidado prestado. También entiendo que ningún otro Dentista, aparte del dentista que me trata, se hace responsable por mi tratamiento dental. Reconozco que he recibido y entiendo las instrucciones post-operativas y me han dado una cita para regresar.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_