



Formulario Consentimiento para el Tratamiento Dental del Paciente

INSTRUCCIONES: Lea y revisar la información proporcionada en este documento. PREGUNTAS PARA LOS ARTÍCULOS QUE NECESITA explicación más en detalle. (√) cada caja y INICIAL cuando se solicite.

El Examen, Rayos X y Diagnóstico

- Entiendo que radiografías dentales (radiografías) son una parte necesaria del proceso de diagnóstico y el consentimiento para que cualquier radiografías dentales es necesario. Entiendo que el proceso de examen y diagnóstico también la detección del cáncer oral y char sondaje perio y consiento a este proceso. Yo entiendo que deben ser diagnosticados de tratamiento para mí que se me dará la oportunidad de hacer preguntas. Además, todos los costos asociados con cualquier tratamiento serán discutidas con mí en ese momento.

Iniciales _____

Higiene Oral y Periodoncia

- Yo entiendo que el éxito a largo plazo del tratamiento y el estado de mi estado bucal depende en gran medida de mis esfuerzos para mantener una higiene oral adecuada (es decir, cepillado y el uso) y el mantenimiento de las visitas regulares de retirada según lo recomendado por el profesional del cuidado dental.

Iniciales _____

- Yo entiendo que tengo una enfermedad grave, que causa la inflamación de las encías y el hueso y / o pérdida, que puede conducir a la pérdida de los dientes y muchas otras complicaciones. Las diversas opciones de planes de tratamiento han sido explicados, incluyendo la terapia de goma y / o cirugía, y las sustituciones y / o extracciones. También entiendo que, aunque estos tratamientos tienen un alto grado de éxito, no pueden ser garantizadas. Ocasionalmente, los dientes tratados pueden requerir extracciones.

Iniciales _____

Los Cambios en el Plan de Tratamiento

- Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar y / o añadir procedimientos de tratamiento debido a las condiciones que se encuentren mientras los dientes que no fueron descubiertos durante el examen, la terapia de conducto radicular ser más común, seguido de procedimientos restaurativos rutinarios. Doy mi permiso al proveedor de m y cuidado dental para hacer cualquier / todos los cambios en mi plan de tratamiento según sea necesario.

Iniciales _____

Drogas, Medicamentos y Anestesia

- Entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones diversas, algunas de las cuales son, pero no limitado a: enrojecimiento, hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos, mareos, aborto involuntario, y paro cardiaco entiendo que los medicamentos, medicamentos y anestésicos pueden provocar somnolencia y falta de coordinación, que se puede aumentar mediante el uso de alcohol y / u otras drogas. Se me ha informado de no consumir alcohol, ni conducir cualquier vehículo o aparato peligroso mientras esté tomando medicamentos y / o drogas hasta que esté totalmente recuperado de sus efectos. Entiendo que de vez en cuando después de la inyección del anestésico local, puede que haya prolongada, la anestesia persistente, entumecimiento y / o irritación en la zona de la inyección.

Iniciales _____

Rellenos - Restaurativas

- Se me ha informado de la necesidad de rellenos para reemplazar la estructura dental perdida a decaer. Entiendo que con el tiempo tendrá que ser reemplazado rellenos debido al desgaste del material. En los casos en que muy poca estructura dental permanece o fracturas de la estructura dental existente fuera, es posible que necesite recibir un tratamiento más extenso (como la terapia de conducto radicular, poste y la acumulación, y coronas), lo que exigiría una tarifa por separado.

Iniciales _____

El Tratamiento de Endodoncia (Tratamiento de Conducto de Raíz)

- Soy consciente de que no hay garantía de que la terapia de conducto radicular salvará mi diente, y que pueden presentar complicaciones del tratamiento, y que de vez en cuando, objetos de metal son cementados en el diente o extenderse a través de la raíz, que no afecta necesariamente el éxito de el tratamiento. yo entiendo que los procedimientos quirúrgicos adicionales en ocasiones pueden ser un tratamiento de conducto siguiente es necesario (es decir, extracciones).

Iniciales _____

Extracciones (Extracción de Dientes)

- Autorizo a mi proveedor de cuidado dental para eliminar los dientes si es necesario debido a la posibilidad de cambios en el plan de tratamiento como se describe anteriormente. Entiendo quitando los dientes no siempre remueve toda la infección, si la hay, y puede ser necesario un tratamiento adicional. Entiendo los riesgos que implica haber quitado los dientes, algunos de los cuales son dolor, hinchazón, propagación de la infección, alveolitis, y pérdida de sensibilidad en los dientes, los labios, la lengua y los tejidos circundantes que pueden durar por un período indefinido de tiempo (días o meses). Yo entiendo que debo necesitar tratamiento adicional por un especialista en la hospitalización o la víspera n, en caso de surgir complementos complicati, el costo de este tipo es mi responsabilidad.

Iniciales _____

Coronas (CAPS) y Puentes

- Entiendo que a veces no es posible hacer coincidir el color de los dientes naturales exactamente con los dientes artificiales. Además, entiendo que puede que traiga coronas temporales que pueden caerse fácilmente y que debo tener cuidado para asegurarse de que se caigan hasta que se entreguen los coronas permanentes. Entiendo que a veces durante la preparación de un diente para una corona o un puente, se puede producir la exposición de la pulpa, que requiere un tratamiento de conducto. Yo entiendo que los dientes naturales, cr posee, y los puentes deben mantenerse limpios mediante el mantenimiento de la higiene bucal regular y adecuada y limpiezas y exámenes periódicos. De lo contrario, la decadencia (cavidad) se puede desarrollar por debajo y / o alrededor de los márgenes de la restauración, dando lugar a la necesidad de tratamiento dental más.

Iniciales _____

Las Dentaduras Completas o Parciales,

- Soy consciente de que las dentaduras completas o parciales son artificiales, construidas de acrílico, metal y / o porcelana. Los problemas de uso de estos aparatos han sido explicados, incluyendo aflojamiento, dolor y posible rotura. Las citas de seguimiento son una parte integral de mantenimiento y el éxito de un aparato protésico. Entiendo que los ajustes realizados en los 3 meses siguientes a la entrega del aparato están incluidos en la tarifa de tratamiento original, y que cualquier ajuste más allá de que estaré en una costo adicional, dependiendo de mis calificaciones en la escala de pagos, por visita, por aparato. Además, entiendo que la mayoría de las dentaduras parciales y necesitar revisiones y cambios de aproximadamente tres a seis meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en la tarifa de tratamiento inicial.

Iniciales _____

Consentimiento General

- Entiendo que cualquier seguro citados no son una garantía de beneficios, sino más bien una estimación basada en la información proporcionada a nuestra oficina por su compañía de seguros. Entiendo que ser financieramente responsable de cualquier cantidad (s) no están cubiertos por mi compañía de seguros.
- Entiendo que esta instalación ofrece servicios de atención dental sin discriminación por motivos de raza, religión, color, nacionalidad, sexo, orientación sexual, discapacidad física o mental, y / o edad, y protege la privacidad de cada uno de sus pacientes individuales.
- Certifico que he tenido la oportunidad de leer y entender completamente los términos y condiciones descritos en este documento, y dar su consentimiento para la cooperación y / o explicación se hace referencia o hecho. He sido fomentar d para hacer preguntas y he tenido ellos respondidas satisfactoriamente.

Iniciales _____

FECHA NOMBRE DE IMPRESIÓN DEL PACIENTE

FECHA

FECHA FIRMA DEL RESPONSABLE

FECHA

FECHA FIRMA DEL TESTIGO

FECHA