

# Consentimiento dental general

Nombre del paciente	Apellido	Primer nombre	Inicial del Segundo nombre	Fecha de nacimiento
---------------------	----------	---------------	----------------------------	---------------------

**1. Examen, radiografías y limpieza:**

Entiendo que la visita inicial requerirá radiografías para completar el examen, diagnóstico y plan de tratamiento. Si no tengo ninguna preocupación periodontal, se realizará una limpieza preventiva (“regular”). Si el dentista no puede realizar adecuadamente mi examen inicial debido a un cálculo excesivo (sarro), o si se me diagnostica una enfermedad periodontal, entiendo que el tratamiento no será inicialmente una limpieza preventiva ("regular"). Entiendo que el tratamiento puede implicar varias visitas en un corto período de tiempo para tratar adecuadamente mi condición. Me darán una "mejor" estimación de cuanto sería para tratar adecuadamente mi condición antes de que se realice el tratamiento.

**2. Drogas, medicamentos y sedación:**

He sido informado y entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar enrojecimiento, hinchazón, dolor, picazón, vómitos y / o shock anafiláctico (reacción alérgica grave). Pueden causar somnolencia y falta de conciencia y coordinación, que pueden aumentar con el uso de alcohol u otras drogas. Entiendo y acepto no operar ningún vehículo o dispositivo peligroso durante al menos 12 horas o hasta que esté completamente recuperado de los efectos de los medicamentos analgésicos o sedantes recetados. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la efectividad de los anticonceptivos orales.

**3. Cambios en el plan de tratamiento:**

Entiendo que, durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones encontradas al trabajar con los dientes que no se descubrieron durante el examen, el más común es la terapia del conducto radicular después de los procedimientos de restauración de rutina o la necesidad de un tapón pulpar durante el procedimiento de restauración. Doy permiso al dentista para que realice cualquiera o todos los cambios y adiciones que sean necesarios.

**4. Disfunción de la articulación temporomandibular (TMD):**

Entiendo que los síntomas de estallido, chasquido, bloqueo y dolor pueden intensificarse o desarrollarse en la articulación después del tratamiento dental de rutina en el que la boca se mantiene en la posición abierta durante un período prolongado de tiempo. Sin embargo, los síntomas de TMD asociados con el tratamiento dental suelen ser de naturaleza transitoria y bien tolerados por la mayoría de los pacientes. Entiendo que, si surgiera la necesidad de tratamiento, me remitiría a un especialista para que lo tratara y cuyo costo es responsabilidad del paciente.

**5. Rellenos (Empaste, Tapadura):**

Entiendo que se debe tener cuidado al masticar el material de relleno durante las primeras 24 horas para evitar la rotura, y la sensibilidad dental es común después de una restauración recién colocada.

**6. Extracción de Dientes:**

Si se necesita una extracción, se proporcionará un formulario de consentimiento por separado que explica las posibles complicaciones. Se me informará de mis opciones para reemplazar los dientes faltantes (implantes, puentes o prótesis removibles).

## Consentimiento dental general

### 7. Tratamiento periodontal:

Entiendo que, si me diagnostican con enfermedad periodontal, tengo una condición grave que causa inflamación de las encías y / o pérdida de hueso y que puede causar la pérdida de mis dientes. También entiendo que el éxito del tratamiento depende, en parte, de mis esfuerzos para cepillarme los dientes y usar el hilo dental a diario, recibir las limpiezas de mantenimiento según lo indicado, seguir una dieta saludable, evitar los productos de tabaco y seguir otras recomendaciones. Un formulario de consentimiento separado será dado para tratamiento periodontal que detalla adicionalmente el propósito de la terapia y el tratamiento que se proporcionará.

### Consentimiento:

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta, por lo tanto: los médicos acreditados no pueden garantizar adecuadamente los resultados. Los resultados dependen en gran medida de mi papel activo en el mantenimiento de la salud bucal adecuada. Reconozco que nadie ha hecho ninguna garantía o garantía con respecto al tratamiento dental que solicito y autorizo. Entiendo que cada dentista es un profesional individual y es responsable individualmente de la atención dental que se me brinda. También entiendo que ningún otro dentista, aparte del dentista tratante, es responsable de mi tratamiento dental. Puedo rechazar cualquier tratamiento que se propone, pero debe informar al dentista antes del trabajo que se realiza.

\_\_\_\_\_  
FIRMA del paciente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
NOMBRE del paciente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha