

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO (Mes/Día/Año): \_\_\_\_\_

El dentista ha revisado mi plan de tratamiento y comprendo que uno o todos los siguientes puntos pueden ser pertinentes a mi cuidado.

- **DROGAS Y MEDICAMENTOS**

Comprendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas como enrojecimiento, inflamación de los tejidos, dolor, picazón, vomito y/o shock anafiláctico (reacción alérgica severa). Informaré al dentista de alguna alergia existente. Comprendo que los anestésicos locales pueden ser/serán usados durante mi tratamiento.

- **CAMBIOS AL PLAN DEL TRATAMIENTO**

Comprendo que, durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a condiciones encontradas mientras se trabaja en los dientes que no fueron descubiertas durante el examen inicial. El más común es el tratamiento de conducto luego de realizar rellenos de rutina.

- **PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO)**

Comprendo que tengo una condición seria causando infección de la encía y el hueso que puede avanzar y producir la pérdida de mi diente. Me han explicado las opciones de tratamiento, incluyendo raspado y alisado (limpieza profunda), cirugía de la encía, reemplazos y/o extracciones. Comprendo que mucho del éxito del tratamiento depende de mí cuidado oral diario, seguir las recomendaciones de mi Dentista y manteniendo mis citas.

**RELLENOS**

Los rellenos son usados para reemplazar partes del diente perdidos por la caries. Comprendo que, si se encuentra caries adicional, pudiera requerir tratamiento adicional y posible gasto adicional para el paciente. Comprendo que la sensibilidad del diente es un efecto común luego de colocar un relleno nuevo.

- **SELLANTES**

Comprendo que los sellantes ayudan a proteger al diente previniendo la caries en las superficies del diente usadas para la masticación. El sellante no garantiza una protección contra la caries con el tiempo. Los sellantes pueden desgastarse y/o fracturarse requiriendo ser reemplazados periódicamente. Dependiendo de los años del sellante, los costos por el reemplazo serán responsabilidad del paciente.

- **CORONA, PUENTE, Y TAPÓN DENTAL**

Comprendo que a veces no es posible igualar exactamente el color de los dientes artificiales a los dientes naturales. También comprendo que tendré que usar coronas temporales que se pueden salir fácilmente y que debo tener cuidado para asegurar que se mantengan en posición hasta que la corona permanente sea cementada. Entiendo que la última oportunidad para hacer cambios a mi corona, puente o tapón (incluyendo forma, tipo, tamaño y color) será antes de la cementación.

**Comprendo que la Odontología no es una ciencia exacta y por lo tanto, los profesionales acreditados no pueden garantizar totalmente los resultados. Reconozco que ninguna persona me ha dado garantía o seguridad acerca de tratamiento dental el cual he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer este formulario y de hacer preguntas. Mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Doy consentimiento al tratamiento propuesto.**

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/Guardián si el/la paciente es un/una menor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**PROVEEDOR DENTAL**

He informado al paciente sobre la naturaleza, propósito, y posibles consecuencias del procedimiento, riesgos, posibles complicaciones y posibles métodos alternos de tratamientos.

Firma del Proveedor Dental \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_