



Consentimiento para Tratamiento - Extracción

Este formulario puede ser llenado en una computadora, imprimido, y entonces, firmada a mano.

Legal Primer Nombre

Legal Segundo Nombre / Inicial

Apellido Legal

La Fecha de Hoy

**POR FAVOR INICIAL CADA PÁRRAFO DESPUÉS DE LECTURA.
SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, POR FAVOR PREGUNTE A SU MÉDICO ANTES DE INICIAR.**

1. ALTERNATIVAS al TRATAMIENTO

Entiendo que las alternativas a la extracción, en su caso (es decir, tratamiento de conducto, coronas, la terapia periodontal, etc.), han explicado y se ofreció a mí.

2. AUTORIZACIÓN

Yo autorizo al Dr. Jeff S. Tan, D.D.S. y / o sus asociados para eliminar las siguientes diente / dientes: # _____
Entiendo que la eliminación es un procedimiento permanente e irreversible.

3. LOS RIESGOS y COMPLICACIONES

Aunque los riesgos son a minimos, entiendo que siempre hay un riesgo de complicaciones después de la operación de extracción como la infección, la dehiscencia de tejidos, inflamación, sangrado excesivo, alveolitis, parestesias, y / o fractura en el hueso. Estas complicaciones ocurren raras veces, pero entiendo que siempre existe la posibilidad de su ocurrencia y deben estas complicaciones suceden, entiendo que la atención especializada puede llegar a ser necesario y todos los costos de esa atención será mi responsabilidad.

4. POST-OP de CARE

Entiendo que se me dará las instrucciones despues de la operacion y será mi responsabilidad de cumplir con estas instrucciones, o de lo contrario corre el riesgo de complicaciones después de la operación podría aumentar colector. También entiendo que fumar y beber aumentarán considerablemente los riesgos de complicaciones post-operatorias.

La naturaleza y el propósito de la extracción del diente se ha explicado a mí, y yo hemos tenido la oportunidad de tener a mis preguntas. Teniendo en cuenta la información anterior, autorizo al médico y / o asociados / asistentes según sea necesario para hacer que el tratamiento necesario para cualquier condición dental incluyendo cualquier y toda anestesia y / o medicamentos.

Tenga en Cuenta: Dinero pagado por el tratamiento y los servicios ya prestados no pueden ser reembolsados o intercambiados por trabajo adicional. Si alguna complicación surge durante el tratamiento , el Dr. Tan reserva el derecho de referir al paciente a un especialista y gastos por la atención especializada , será completamente responsabilidad del paciente.

De Firma del Paciente o Tutor (Por favor inicie sesión pluma)

La Fecha de Hoy

Firma del Testigo

La Fecha de Hoy