



Consentimiento para Tratamiento - Rellenos

Este formulario puede ser llenado en una computadora, imprimida, y entonces firmar 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 INICIALES.**

1. RELLENOS

Diente # _____

Entiendo que una restauración mas aplanada puede suceder de lo inicialmente previsto, o, posiblemente, tratamiento de conducto (endodoncia), puede ser necesaria debido a las condiciones adicionales descubiertas durante la preparación del diente. Entiendo que los cambios significativos en respuesta a la temperatura pueden ocurrir después de la restauración de dientes tales como la sensibilidad o dolor temporal. También entiendo que si mi diente no responde al tratamiento con un relleno, el tratamiento adicional como la terapia de conducto radicular o corona puede ser necesario. Me doy cuenta de que los rellenos son raramente "permanente" y por lo general requieren una sustitución periódica con rellenos y / o coronas adicionales. Por último, también entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional en esta oficina o posiblemente por un especialista si surgen complicaciones durante el tratamiento, y los costos incurridos por tanto será mi responsabilidad.

2. DROGAS y MEDICAMENTOS

Entiendo que los antibióticos, analgésicos, anestésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas, lo que resulta en enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, picazón, dolor, náuseas y vómitos. He informado al médico de cualquier alergia conocida que tengo.

3. RIESGOS de ANESTESIA DENTAL

Entiendo que el dolor, moreton y temporal o entumecimiento a veces permanente en los labios, mejillas, lengua y / o estructuras faciales asociados pueden ocurrir con anestesia local. Casi todos estos casos se resuelven en pocas semanas. Alrededor del 90% de estos casos se resuelven en menos de 8 semanas. Aunque muy pocas veces se necesita, puede ser necesaria una remisión a un especialista para evaluación y posible tratamiento si los síntomas no se resuelven por sí solos.

4. RIESGOS de EMPEORAMIENTO de las CONDICIONES

Debido a las diferencias únicas en la cavidad oral y de higiene oral, habilidades de cada paciente siempre hay un riesgo de recaída, la recurrencia, y / o el fracaso de las restauraciones. Entiendo que es imposible predecir si y qué tan rápido mi condición podría empeorar si no se trata, pero es la opinión del médico que el empeoramiento de la condición (s) se produciría pronto sin el tratamiento recomendado.

5. CAMBIO EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el curso del tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones descubiertas durante el tratamiento que no eran evidentes en el examen inicial. Autorizo a mi médico para utilizar su criterio profesional para proporcionar la atención adecuada y entiendo que la tarifa propuesta está sujeta a cambios, dependiendo de esas condiciones no previstas o no diagnosticadas que sólo puedan aparecer una vez iniciado el tratamiento.

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.

CONSENTIMIENTO: Mi firma abajo significa que entiendo el tratamiento y la anestesia que se propone para mí, junto con los riesgos y las complicaciones conocidas asociadas con ese tratamiento. Yo doy mi consentimiento para el tratamiento.

De Firma del Paciente o Tutor (Por favor firmar con pluma)

La Fecha de Hoy

Firma del Testigo

La Fecha de Hoy