

Paragon Dental

9009 Rhode Island Ave.
College Park, MD 20740
(301) 474- 8900

Forma de Consentimiento de Tratamiento Dental

Por favor lea detalladamente, coloque su inicial a lado de las casillas marcadas, y firme abajo

1. Medicamentos y Anestias

Entiendo que los antibióticos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas que causan enrojecimiento e hinchazón del tejido, dolor, picazón, vómitos y / o shock anafiláctico (reacción alérgica grave).

Inicial _____

2. Cambios en el Plan de Tratamiento

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones que se encuentran mientras se trabaja en los dientes, siendo la terapia más común de rellenos después de los procedimientos de restauración.

Inicial _____

3. Extracción de Dientes # _____

Entiendo que a veces la extracción de dientes no siempre elimina toda la infección. Si la infección está presente, puede ser necesario un tratamiento adicional. Entiendo los riesgos que implica la extracción de dientes, algunos de los cuales son dolor, hinchazón, infección diseminada, alveolitis, sinusitis, perforación; daño a los nervios en los dientes, labios, lengua y tejido circundante (parestesia) que puede durar un período de tiempo indefinido, mandíbula fracturada, puntas de raíces retenidas y fracturas de dientes o restauraciones adyacentes. Entiendo que puedo necesitar más tratamiento.

Inicial _____

4. Coronas y Puentes # _____

Entiendo que a veces no es posible hacer coincidir el color exacto de los dientes naturales con los dientes artificiales. Además, entiendo que puedo estar usando una corona temporalmente, que puede desprenderse fácilmente y que debo tener cuidado de asegurarse de que se mantengan hasta que se entreguen las coronas permanentes. Me doy cuenta de que la última oportunidad para hacer cambios en mi corona, puente o gorra. (incluida la forma, el ajuste, el tamaño y el color) es antes de la cementación. Inicial _____

5. Elaboración de Rellenos # _____

Entiendo que se debe ser cuidadoso al momento de masticar. Entiendo que un tratamiento de restauración puede ser inmediatamente necesario, si se determina que no queda una estructura dental natural adecuada para soportar un relleno adherido del color del diente. Además, los rellenos más grandes y extensos pueden eventualmente necesitar un tratamiento adicional, incluida la terapia de endodoncia y / o corona. Entiendo que la sensibilidad es un síntoma común y a corto plazo después de la colocación de una nueva restauración adherida del color del diente. Inicial _____

6. Dentaduras o Parciales _____

Me doy cuenta de que las dentaduras postizas completas o parciales son artificiales, fabricadas de plástico, metal y / o porcelana. Se me han explicado los problemas asociados con el uso de estos aparatos (que incluyen flojedad, dolor y posible rotura). Me doy cuenta de que la última oportunidad para realizar cambios en mis nuevas dentaduras postizas, incluida la forma, el ajuste, el tamaño, la colocación y el color, será la visita de prueba de "dientes en cera". Entiendo que la mayoría de las dentaduras postizas parciales requieren un rebase o rehacer aproximadamente de tres (3) a doce (12) meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en la tarifa inicial de la dentadura. Entiendo que el uso de dentaduras postizas es difícil y puede requerir un ajuste para mejorar la comodidad.

Inicial _____

7. Terapia de Endodancias # _____

No hay garantía de que el tratamiento de endodancias salve mi diente y de que puedan surgir complicaciones por el tratamiento. Una complicación sería dejar la pieza de la lima solo si la recuperación fuera la única posible con procedimientos quirúrgicos extensos y si dejar el instrumento no obstaculiza el éxito del tratamiento. Entiendo que pueden ser necesarios procedimientos quirúrgicos adicionales ocasionales después del tratamiento de endodancias (apicectomía).

Inicial _____

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, los profesionales acreditados no pueden garantizar completamente los resultados. Reconozco que nadie ha hecho garantía o aseguramiento con respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. Entiendo que cada dentista es un médico individual y es individualmente responsable de la atención dental que se me brinda. Se me han explicado detalladamente los beneficios del tratamiento, las posibles complicaciones, los riesgos relacionados y las alternativas. He tenido la oportunidad de leer este formulario y hacer preguntas, mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Doy mi consentimiento al tratamiento propuesto.

Nombre: _____

Firma/Guardian: _____

Doctor: _____ Fecha: _____