

CONSENT FOR DENTAL TREATMENT



NOMBRE: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO REQUERIDO:**

Yo entiendo que me van a hacer el siguiente tratamiento:

- Examen
- Radiografía
- Limpieza
- Otro \_\_\_\_\_  
(Iniciales \_\_\_\_\_)

**MEDICAMENTO:**

Medicamentos pueden causar reacciones alérgicas. Reacciones alérgicas incluyen: enrojecimiento e hinchazón, picazón, vomito, dolor, adormecimiento permanente. También pueden causar problemas muy graves. (Iniciales \_\_\_\_\_)

**ANESTESIA LOCAL:**

Calmantes locales usualmente son muy seguros. A veces pueden causar moretones, hinchazón, dolor, adormecimiento permanente, y aumento de ritmo cardiaco. (Iniciales \_\_\_\_\_)

**CAMBIOS EN TRATAMIENTO:**

Puede ser que cambien mi plan de tratamiento durante el tratamiento. Eso puede ocurrir si se encuentran otros problemas mientras están trabajando en mis dientes. Por ejemplo, planearon un empaste de diente. Después de que removieron todas las caries, se determinan que necesitan tratamiento de conducto o tratamiento de nervio. (Iniciales \_\_\_\_\_)

**EMPASTES:**

Si me pongan un empaste, tengo que tener cuidado con lo que yo como y como mastico para 24 horas para no quebrar el nuevo empaste. Es normal sentir sensibilidad después de un empaste. (Iniciales \_\_\_\_\_)

Odontología no es una ciencia exacta. Mi dentista no puede garantizar resultados exactos. Yo entiendo que el dentista no ha hecho ninguna promesa sobre mi tratamiento dental.

Yo doy permiso a los dentistas y asistentes de Family First Health a brindarme el tratamiento dental que me han explicado.

Firma de paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de dentista: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_