



Consentimiento informado para servicios dentales generales

1. Procedimiento a realizarse: Entiendo que se me realizarán algunos de los siguientes procedimientos o todos ellos: Empastes, puentes, coronas, radiografías, extracciones, tratamientos de conducto, dentaduras postizas o cualquier otro procedimiento que el dentista considere necesario.

Iniciales del paciente _____

2. Medicamentos: Entiendo que los antibióticos, los analgésicos y otros medicamentos pueden provocar reacciones alérgicas que generen enrojecimiento e inflamación de los tejidos, dolor, picazón, vómitos y/o choque anafiláctico. He informado a mi dentista acerca de todos los medicamentos que estoy tomando actualmente, incluidos, entre otros, medicamentos de venta con receta, medicamentos de venta libre, remedios a base de hierbas y medicamentos alternativos. Asimismo entiendo que no informar a mi dentista acerca de cualquier medicamento que esté tomando actualmente antes de comenzar el procedimiento dental puede tener consecuencias negativas imprevistas para mí.

Iniciales del paciente _____

3. Cambios en el plan de tratamiento: Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a condiciones que el médico encuentre al realizar el procedimiento que no se hayan descubierto en exámenes anteriores. Por ejemplo, es posible que se necesite tratamiento de conducto después de procedimientos reconstituyentes. Autorizo a mi dentista a realizar todos los cambios y procedimientos adicionales que sean necesarios. Estos cambios se tratarán conmigo y tendré la oportunidad de aceptar o rechazar oralmente el cambio en el tratamiento, a menos que ello no sea posible debido a una emergencia dental o médica.

Iniciales del paciente _____

4. Extracción de dientes: Se me explicarán las alternativas a la extracción de dientes (tratamiento de conducto, coronas, cirugía periodontal, etc.) y otras que sean necesarias por los motivos que se indican en el punto 3. Entiendo que la extracción de dientes no siempre elimina la infección, en caso de haber, y que puede ser necesario otro tratamiento. Entiendo los riesgos que implica la extracción, entre ellos dolor, inflamación, propagación de la infección, alveolitis seca; pérdida de sensibilidad en los dientes, labios, la lengua y el tejido circundante (parestesia) que puede ser temporal o permanente y fractura de mandíbula. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional realizado por un especialista si surgen complicaciones durante el tratamiento o después del mismo. El costo del tratamiento adicional corre por mi cuenta.

Iniciales del paciente _____

5. Coronas, puentes y fundas: Entiendo que algunas veces no es posible que el color de los dientes artificiales coincida exactamente con el color de los dientes naturales. También entiendo que posiblemente se me coloquen coronas temporales que pueden salirse con facilidad y que debo cuidar para que no se salgan hasta tanto se me coloquen las coronas permanentes. Entiendo que la última oportunidad de realizar cambios en mis coronas, puentes o fundas nuevos (incluidos forma, ajuste y color) será antes de la cementación final. También es mi responsabilidad regresar para realizar la cementación permanente dentro de los 21 días de haberme realizado la preparación inicial del diente. Una demora excesiva puede dar lugar a movimientos de los dientes o nuevas caries, lo que puede hacer necesario volver a realizar la corona, el puente o la funda. En tales casos entiendo que deberé pagar cargos adicionales por tener que volver a realizar el trabajo debido a mi demora en regresar para la cementación permanente.

Iniciales del paciente _____

6. Tratamiento de endodoncia (tratamiento de conducto): Comprendo que no hay garantía alguna de que el tratamiento de conducto salvará mi diente, que pueden surgir complicaciones del tratamiento y que, algunas veces, el material de relleno del tratamiento de conducto puede extenderse por el diente, lo que no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. Entiendo que las limas de endodoncia son instrumentos muy delicados y que cualquier tensión durante la

fabricación puede provocar que se rompan en mi diente durante el tratamiento. Entiendo que algunas veces puede ser necesario realizar procedimientos quirúrgicos adicionales después de un tratamiento de conducto (apicectomía), o bien que el conducto puede ser corto o pueden existir otras complicaciones que hacen necesario volver a realizarlo. Asimismo, es posible que durante el tratamiento se me perfora la raíz, lo que provocará la pérdida del diente. Entiendo que puedo perder el diente a pesar de todos los esfuerzos por salvarlo, y que el tratamiento de conducto no es garantía de que el diente se salvará.

Iniciales del paciente _____

7. Pérdida periodontal (tejido y hueso): Entiendo que si estoy recibiendo tratamiento por enfermedad periodontal eso significa que tengo un problema de salud grave que provoca inflamación o pérdida de encía y hueso y que puede dar lugar a la pérdida de mi diente. He recibido explicación sobre planes de tratamiento alternativos, incluidos cirugía de las encías, reemplazos y/o extracciones. Entiendo que cualquier procedimiento dental puede tener un efecto desfavorable futuro respecto de mi problema periodontal.

Iniciales del paciente _____

8. Empastes: Entiendo que, para evitar una rotura, debo tener cuidado al morder sobre los empastes, en especial durante las primeras 24 horas. Entiendo que es posible que se requiera un empaste más grande que el que se diagnosticó inicialmente debido a caries adicionales. También entiendo que puedo experimentar mayor sensibilidad, un efecto secundario común de un empaste recientemente colocado.

Iniciales del paciente _____

9. Dentaduras postizas: Entiendo que puede ser difícil usar una dentadura postiza. Algunos de los problemas comunes asociados con las dentaduras postizas son llagas, dificultad para hablar y dificultad para comer. Las dentaduras postizas inmediatas (colocación de una dentadura postiza después de una extracción) pueden ser dolorosas. Asimismo, las dentaduras postizas inmediatas suelen necesitar muchos ajustes y rebases. Posteriormente se necesitará un rebase permanente. Esto no se incluye en el costo de la dentadura postiza. Entiendo que es mi responsabilidad regresar para la entrega de la dentadura. Entiendo que no asistir a mi cita para la entrega de la dentadura puede hacer que mi dentadura no quede bien ajustada. Si es necesario volver a realizar la dentadura postiza debido a mi retraso de 30 días o más, es posible que tenga que pagar cargos adicionales.

Iniciales del paciente _____

Entiendo que la odontología es una ciencia inexacta y, por lo tanto, los profesionales respetados no pueden garantizar resultados. Reconozco que nadie realizó garantía o aseveración alguna respecto del tratamiento (o de los tratamientos) que he solicitado y autorizado.

Por el presente autorizo a cualquiera de los dentistas, asistentes dentales o ayudantes a proceder y realizar las reparaciones y los tratamientos dentales que se indican arriba tal como se me explicaron. Entiendo que esto es solo una estimación sujeta a modificaciones según cualquier circunstancia imprevista o no diagnosticada que pueda surgir durante el tratamiento. Entiendo que, no obstante cualquier cobertura de seguro dental que pueda tener, es posible que deba pagar honorarios dentales.

Advance Community Health es parte de una organización de atención médica organizada que incluye participantes en OCHIN. Una lista actualizada de participantes de OCHIN esta disponible en

<<http://www.ochin.org>> www.ochin.org. Como asociado de negocios de Advance Community Health, OCHIN proporciona información de tecnología y servicios relacionados a Advance Community Health y otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en las evaluaciones de calidad y actividades de mejoramiento a nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina actividades de revisión clínica a nombre de las organizaciones que participan para establecer los mejores estándares de práctica y el acceso a los beneficios clínicos que pueden ser derivados por el uso de sistemas de historial clínico electrónico. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar el manejo de referidos de pacientes internos y externos. Su información de salud podría ser compartida por Advance Community Health con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para fines de funcionamiento de asistencia médica del acuerdo organizado de asistencia de salud.

Firma del paciente/ representante legal autorizado

Fecha

Relación

Fecha

Nombre en letra de imprenta si alguien firmó en representación del paciente