

NOMBRE

NUM. DE EXPEDIENTE:

1. PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que se hara en mi el siguiente trabajo Dental: Obturaciones, Puentes, Coronas, Extracciones, Examen, Radiografias
 Extracciones de dientes impactados, Endodoncias, Dentaduras, Otros _____ (Iniciales _____)

2. DROGAS Y MEDICAMENTOS

Entiendo que los antibioticos, analgesicos y otros medicamentos pueden provocar reacciones alergicas, causando enrojecimiento e inflamacion de los tejidos. (Iniciales _____)

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos, de acuerdo a las condiciones que se encuentren mientras trabajan en el diente, y que no fueron diagnosticadas durante el examen inicial. Por ejemplo, la necesidad de un tratamiento de endodoncia es descubierta mientras se prepara el diente para colocar una resturacion, doy mi consentimiento al Dentista para que haga cualquier/todos los cambios como lo considere necesario. (Iniciales _____)

4. EXTRACCIONES

Se me ha explicado sobre las alternativas a la extraccion (Endodoncia, Coronas, cirujia periodontal, etc.) y autorizo al Dentista para que haga la extraccion de los siguientes dientes _____ o cualquier otro que considere necesario. Comprendo que no siempre se controla la infeccion al extraer los dientes, por lo cual puede ser necesario mayor tratamiento. Entiendo cuales son los riesgos durante las extracciones, como dolor, inflamacion, esparcimineto de la infeccion, alveolo seco., perdida de sensacion, en dientes, labios, lengua y tejidos alrededor (parestesia) que puede durar por un periodo indefinido, fractura mandibular. Entiendo que si surgieran complicaciones despues del tratamiento dental, necesitaria mayor tratamiento con el especialista y el costo de este seria mi responsabilidad. (Iniciales _____)

5. CORONAS Y PUENTES

Entiendo que en algunas ocasiones no es posible reproducir el color natural en dientes artificiales. Entiendo tambien que usare coronas temporalis, que puede caerse facilmente y debo tener cuidado, para mantenerlas en su lugar hasta que me entreguen las coronas permanentes. Entiendo que la ultima oportunidad para hacer cambios en mi corona o Puente (incluyendo forma, ajuste, tamaño y color) sera antes del cementado. Es tambien mi responsabilidad el regresar para el cementado permanente dentro de los 30 dias siguientes a la preparacion del diente(s). Un retardo excesivo puede causar que los dientes se muevan; esto puede crear la necesidad de rehacer la corona o puente. Entiendo que rehacerlos causaria cargos adicionales por mi retardo en venir a la cita para el cementado permanente. (Iniciales _____)

6. TRATAMIENTO DE ENDODONCIA

Comprendo que no existe garantia de que el tratamiento de endodoncia salvara mi diente, que pueden surgir complicaciones por el tratamiento y que ocasionalmente el material de obturacion puede extenderse a traves de la raiz, lo que no necesariamente afecta el exito del tratamiento. Entiendo que en ocasiones es necesaria cirujia adicional, despues del tratamiento de endodoncia (apicctomia). Entiendo que puedo perder el diente a pesar de todo el esfuerzo por salvarlo. (Iniciales _____)

7. PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDOS Y HUESO)

Entiendo que padezco una condicion seria que causa inflamacion de las encias y perdida de hueso, y que puede conducir a la perdida de mis dientes. Me han explicado planes de tratamiento alternativos, incluyendo cirujia de las encias, reemplazo y/o extracciones. Comprendo que emprender cualquier procedimiento dental pudiera producir un efecto adverso en mi condicion periodontal, en el future. (Iniciales _____)

8. OBTURACIONES

Entiendo que debo tener cuidado al masticar en mis restauraciones, especialmete dentro de las primeras 24 horas, para evitar que se quiebren. Comprendo que de encontrarse caries adicional, se requerira una obturacion mas extensa de lo originalmente diagnosticada. Entiendo que es comun que despues de colocar una nueva restauracion cierta sensibilidad en el diente. (iniciales _____)

9. DENTADURAS

Entiendo que el uso de dentadura es dificil. Son problemas communes zonas de ardor, alteraciones al hablar, y dificultad al comer. Las dentaduras inmediatas (las dentaduras que se colocan inmediatamente despues de las extracciones, en la misma cita) pueden causar dolor e incomodidad. Las dentaduras inmediatas requieren varias citas para ajustes y rebases. El rebase final o permanente se hara mas adelante y el costo no esta incluido en el precio de las dentadura. Entiendo que es mi resposabilidad regresar a la cita en la cual me entreguen las dentaduras. Entiendo que es mi resposabilidad regresar a la cita en la cual me entreguen las dentaduras. Si pospongo esta cita, es probable que las dentaduras no ajusten correctamente. De ser necesario rehacerlas debido a mi tardanza de mas de 30 dias, Habra cargos adicionales. (Iniciales _____)

Entiendo que la odontologia no es una ciencia exacta, por lo tanto los Dentistas respetables no pueden garantizar resultados. Tengo conocimiento de que no existe garantia o seguridad alguna en cuanto al tratamiento dental que he requerido y autorizado. Entiendo que cada Dentista es individualmente responsable por el tratamiento dental que en mi haga. Entiendo tambien que ningun otro Dentista o MGO Dental es responsable de mi tratamiento.

Autorizo a los Doctores y personal auxiliar de MGO Dental a realizar en mi las restauraciones y tratamientos que me han explicado. Entiendo que este es solamente un presupuesto, sujeto a modificaciones dependiendo de las circunstancias, que se presenten durante el curso del tratamiento. Entiendo que ademas de lo que cubre mi seguro dental, puedo tener cargos que seran mi resposabilidad, estoy de acuerdo en pagar el costo de abogados, agencias de coleccion, o costos de la corte que pudieran surgir para cumplir con mi abligacion.

En caso de que surgiera un desacuerdo por los servicios dentales que me daran, ya sea un tratamiento hecho, que no fue realmente necesario no autorizado, o mal, negligente o inapropiadamente hecho: dicha disputa debere submetirse al "Peer Review" del component local de La Asociacion Dental American (American Dental Association). La decision de esta afectara ambas partes.

He leído. Entendido y estoy de acuerdo con lo anterior. Una fotocopia de esta sera igualmente valida y efectiva a lo original. Soy mayor de edad y legalmente competente para firmar este acuerdo.

Firma: _____ Fecha: _____
Paciente o tutor

Doctor: _____ Testigo: _____