



## Great Lakes Dental Solutions

1418 South Milwaukee Ave, Suite 4, Libertyville, IL – 60048

TEL: (847) 984 2548; TEXT: (224) 548 5567; FAX: (847) 984 2957

www.greatlakesdental.net

### Consent Form

---

I have been made aware of the diagnosis associated with my present dental condition and the proposed treatment options associated with this condition. I have been recommended dental treatment on one or more teeth and have been made aware of the risks versus benefits of doing nothing as well as several treatment options. I am aware that Medicine and Dentistry is not an exact science and no guarantees of success or results have been made. I understand that Specialist(s) referral may be required for any complications arising during and or after completion of treatment. I shall be responsible for all costs associated with any specialist referrals and or ER Hospital visits. I understand that such a referral is warranted in my best interests. In accepting care, I agree that I will follow patient home care instructions.

I consent to the administration of local anesthesia, nitrous sedation, antibiotics, analgesics, or any other drugs that may be deemed necessary in my case, and understand that there is a slight element of risk inherent in the administration of any drug or anesthesia. These risks include adverse allergic reaction including anaphylaxis, vomiting, miscarriage, cardiac arrest, aspiration, irritation and swelling of a vein, pain, discoloration and injury to blood vessels and or nerves which may be caused with the use of any medication or drugs.

I have been made aware of the possible risks, but not limited to, pain; infection; swelling; bruise; bleeding; discomfort; headache; muscle stiffness or trismus; cheek and or lip bite; cracking or redness of corner of lips; teeth and gum irritation and recession; chipping or damage to adjacent teeth, restorations or other oral structures; lip numbness; discoloration of teeth and gums; foul odor; altered taste; sub-luxation and dislocation of teeth and or TM joint; and jaw bone fracture.

*(A) Extraction / Implants / surgical procedures:* Possibility of dry socket that may occur following surgery (loss of blood clot); altered nerve sensation on lip and chin including numbness, tingling, itching or burning that may last for few weeks to months or even result in permanent lip numbness; communication of oral cavity with the sinus is possible, requiring a surgical repair by specialist.

*(B) Root canal treatment:* Possibility of darkening of tooth after case completion; perforation; risks associated with irrigation solution; and on rare occasion breakage of files or instruments may occur inside the tooth without any prior indication and may need specialist referral to remove it or may remain wedged inside the tooth and sealed. A permanent filling and crown has been advised to prevent breakage of tooth.

*(C) Gum / Periodontal treatment:* I have been made aware of the gum / periodontal disease that is currently affecting my teeth and gums and the resulting loss of bone. Deep cleaning can cause recession of gums and exposure of root surface of teeth; increased spacing between teeth; increased teeth sensitivity; loosening of teeth – most tighten up after healing; food impaction between teeth.

*(D) Partial or Complete denture:* I understand that bone loss will continue to occur due to loss of internal stimulation; breakage of plastic portion of denture/ tooth, popping of tooth from denture base may occur. Denture adjustment and relines is required periodically.

*(E) Pediatric:* I agree to behavior modification techniques including voice control to accomplish dental treatment on my child.

I hereby certify that I have read and understood the above in English and all questions have been answered. I hereby give consent to the dental procedure(s) performed and am aware of the known risks, advantages and disadvantages of alternative treatment options.

**This consent is valid for one year unless otherwise noted in chart.**

---

Parent / Guardian type in your name in lieu of Signature

---

Date



## Great Lakes Dental Solutions

1418 South Milwaukee Ave, Suite 4, Libertyville, IL – 60048

TEL: (847) 984 2548; FAX: (847) 984 2957

www.greatlakesdental.net

### Formulario de Consentimiento

Teniendo el conocimiento del diagnóstico asociado a mi condición dental actual y las opciones de tratamiento propuestos a esta condición . Se me ha recomendado un tratamiento dental en uno o más dientes y he sido informado de los riesgos y beneficios de no hacer nada , así como las opciones de Doy mi consentimiento para la administración de anestesia local, sedación nitroso, antibióticos , analgésicos , o cualquier otro fármaco que se consideren necesarias en mi caso , y entiendo que hay un ligero elemento de riesgo inherente a la administración de cualquier fármaco o anestesia . Estos riesgos incluyen reacción alérgica adversa incluyendo anafilaxis , vómitos , aborto involuntario , paro cardiaco , la aspiración , la irritación y la inflamación de una vena , dolor , decoloración y el daño a los vasos sanguíneos o los nervios y que pueden ser causados por inyecciones de cualquier medicamento o drogas.

Se me ha hecho consciente de los posibles riesgos , pero no limitado a , el dolor ; infección; hinchazón; contusión ; sangrado; incomodidad ; dolor de cabeza; rigidez muscular o trismo ; mejilla y el labio o mordedura ; agrietamiento o enrojecimiento de la esquina de los labios ; dientes y irritación de las encías y la recesión ; astillado o daño a los dientes adyacentes, restauraciones a otras estructuras orales ; adormecimiento de labio; decoloración de los dientes y encías ; mal olor ; alteración del gusto ; subluxación y dislocación de los dientes y las articulaciones o TM ; y la fractura de hueso de la mandíbula.

tratamiento. Entiendo que la Medicina y Dentisteria no son es ciencia exacta y de el hay garantizan el éxito o resultados propuesto. Entiendo que una referencia al especialista podria ser necesaria por cualquier complicacione durante o después la tratamiento . Seré responsable por todos los costos asociados con cualquier referencia al especialistas y/o visita al cuarto de emergencia del hospitale. Entiendo que dicha referencia se justifica para mis mejores intereses. Al aceptar el cuidado , estoy de acuerdo en seguir las instrucciones de cuidado del paciente en casa, cooperar con el personal y actualizar cualquier cambio de diagnóstico o condición medica a la oficina.

(A) *Extracción / Implantes / Otros procedimientos Quirúrgicos:* se me ha Hecho Consciente de la alveolitis seca Que Florerias ocurrir despues de la Cirugía ( perdida de la coagulación de la sangre ) ; Una Sensación nerviosa Alterada en el labio y la barbilla incluyendo adormecimiento , hormigueo , comezón o ardor Que Florerias Durar Varias Semanas o Meses o incluso dar Lugar a entumecimiento Permanente de labios ;una posible Comunicación de la Cavidad oral con el sinusitis Requeriria Una Reparación Quirúrgica.

(B) *Endodoncia :* He sido informado de la posibilidad de oscurecimiento de los dientes después de la finalización la endodoncia; perforación ; riesgos asociados con la solución de irrigación; y en raras ocasiones la rotura de instrumentos pueden ocurrir dentro del diente sin ninguna indicación previa y puede ser necesario al paciente acudir al especialista para quitarlo o pueden permanecer dentro del diente y ser sellado.

(C) *Encia / tratamiento periodontal:* Se me ha hecho consciente de la encia/enfermedad periodontal que afecta actualmente a los dientes y las encías resultado de la pérdida de hueso. La limpieza profunda puede causar la recesión de las encías y la exposición de la superficie de la raíz de los dientes ; aumento de la separación entre los dientes ; aumento de la sensibilidad de los dientes y perdida; aflojamiento de los dientes – a cumulación de alimentos entre los dientes; la mayoría de los dientes se afirman despues del tramiento.

(D) *Dentadura parcial o completa :* Entiendo que la pérdida ósea continuará ocurriendo debido a la falta de dientes en mi boca. La dentadura podria quebrase en el area plastic o la pérdida de algun diente de la base de la dentadura podria ocurrir. Es necesario rebasar y ajustar la dentadura periódicamente.

(E) *Pediátrica:* Estoy de acuerdo con las técnicas de modificación de conducta, incluyendo el control de voz para llevar a cabo el tratamiento dental de mi hijo.

Por la presente certifico que he leído y comprendido lo anterior y todas las preguntas han sido contestadas . Doy mi consentimiento para los tratamientos planeados, conozco los riegos de los materiales asi como las ventajas y desventajas de los opciones de tratamiento alternativas.

**Este consentimiento es válido por un año a menos que se indique lo contrario en la tabla.**

El padre / tutor Escribe su nombre en lugar de la firma

Fecha