

INFORMED CONSENT / Consentimiento informado

He sido consciente de mi condición actual. He sido consciente de los riesgos frente a los beneficios de no hacer nada así como varias opciones de tratamiento. Soy consciente del riesgo en restaurar dientes con profunda decadencia. Soy consciente de que fumar es peligroso para la salud y compromete la curación después de cualquier tratamiento injerto óseo e implantes dental.

Pido y autorizar al Dr. Soni DDS, y quien podrá designar como su asistente, para realizar la anterior figura procedimientos, así como cualquier otro que considere conveniente si cualquier imprevisto condiciones surgen en el transcurso de estas operaciones designado y/o procedimientos llamar, a su juicio, de procedimientos además o diferentes de las previstas.

Doy mi consentimiento para el tratamiento después de ser advertido de los riesgos, ventajas y desventajas de los tratamientos y las consecuencias si este tratamiento es retenido. Tuve la oportunidad de ver implante dental videos y / o fotografías presidencia lado en la clínica.

Doy mi consentimiento a la anterior plan de tratamiento después de ser informado de los planes alternativos de tratamiento disponible y el conocido los riesgos, ventajas y desventajas de tratamiento alternativo.

También consentimiento a la administración de anestesia local o general, antibióticos, analgésicos, o a otros medicamentos que se considere necesario en mi caso, y comprender que hay una ligera elemento de riesgo inherente a la administración de cualquier droga o la anestesia.

Estoy informado y comprender plenamente que, inherente a cualquier tipo de cirugía, hay ciertas inevitables complicaciones. En cirugía oral, el más común de estas complicaciones incluyen post-operatorio sangrado, inflamación o moretones, malestar, rigidez mandíbulas, y la pérdida o aflojamiento de los dentistas restauraciones.

Menos complicaciones comunes incluyen infección, pérdida o lesión de los dientes adyacentes y tejidos blandos, nervio disturbios (por ejemplo, entumecimiento en boca y los labios tejidos), mandíbula fracturas, senos exposición, y tragar o aspiración de los dientes o restauraciones o cualquier tipo de material o elementos utilizados durante la cirugía, y los pequeños root fragmentos restantes en la mandíbula que podría requerir cirugía extensa para su eliminación.

Para los procedimientos quirúrgicos de menor arch – alterado labio y la lengua sensación como picazón, ardor, cosquilleo, parestesia o la anestesia puede ocurrir. Generalmente los síntomas son de corto plazo duradera de pocos días o semanas, pero puede extenderse por períodos más largos con falta de sensibilidad al labio o la lengua. En casos raros que puede resultar en permanente labio entumecimiento. Basada en la evaluación ulterior tratamiento se harán recomendaciones incluida su remisión a un cirujano dental o nervio reparación especialista.

Para los procedimientos quirúrgicos involucrar el arco superior - una comunicación puede ocurrir entre el caries oral y el seno. Implant mientras ser puesto en mandíbula superior puede soltarse en el seno. La recuperación del implante podría requerir la carta de recomendación a un cirujano oral. Me doy cuenta de que incluso con estas complicaciones posibles y riesgos, mi cirugía / tratamiento considerada es necesaria y deseada por mí.

Tengo siempre tan exactos y completar un médico y su historia personal posible incluidos los antibióticos, medicamentos, medicamentos y alimentos a los que soy alérgico o intolerantes. Voy a seguir cualquier y todas las instrucciones como explicó y dirigido a mí y permitir prescrito los procedimientos de diagnóstico.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas a y sensible explicaciones para todas las preguntas sobre mi condición médica, contemplado y tratamiento alternativo y procedimientos, y el riesgo y las complicaciones potenciales de la prevista tratamiento y procedimientos, antes de firmar el formulario.

He sido consciente del diagnóstico asociados con mi condición y el tratamiento propuesto opciones asociadas con esta condición.

He tenido la naturaleza y el propósito de estas propuestas procedimientos de tratamiento explicó a mí y entiendo la naturaleza y el propósito de estos procedimientos.

He tenido el material riesgos asociados con el tratamiento propuesto discutir conmigo y me reconocen y aceptan estos riesgos de tratamiento.

He tenido la probabilidad de éxito del tratamiento propuesto discutir conmigo y comprender la probabilidad de éxito y el pronóstico asociados con el tratamiento propuesto.

Yo entiendo las prácticas alternativas al tratamiento propuesto y me han alentado a revisar el tratamiento propuesto así como alternativa opciones de tratamiento con otros razonable y prudente dentistas y médicos.

He sido consciente del pronóstico de mi condición si el tratamiento propuesto o alternativa aceptable opciones de tratamiento son rechazadas.

Doy Dr. Soni DDS, o cualquier persona que le asigna, permiso para utilizar fotografías, videos, o grabaciones de audio con el propósito de educación, así como para el adelanto de la esfera de odontología.

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

Fecha

Witness sign

Date

Please download and save form, fill and Email it to info@greatlakesdental.net / Descargue y guarde el formulario, complételo y envíelo por correo electrónico a info@greatlakesdental.net