



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

Consentimiento para Tratamiento

Se me ha informado sobre el diagnóstico asociado con mi condición dental actual y las opciones de tratamiento propuestas asociadas con esta condición. Se me recomendó un tratamiento dental en uno o más dientes y se me informó sobre los riesgos y los beneficios de no hacer nada y lo mismo para varias opciones de tratamiento. Soy consciente de que la Medicina y la Odontología no es una ciencia exacta y no se han hecho garantías de éxito o resultados. Entiendo que es posible que se requiera la atención de un especialista para cualquier complicación que surja durante o después de la finalización del tratamiento. Seré responsable de todos los costos asociados con la atención de un especialista o las visitas al hospital de emergencias.

Doy mi consentimiento para la administración de anestesia local, antibióticos, analgésicos o cualquier otro medicamento que se considere necesario en mi caso, y entiendo que existe un pequeño elemento de riesgo inherente a la administración de cualquier medicamento o anestesia. Los riesgos pueden incluir reacciones alérgicas adversas que incluyen anafilaxia, vómitos, aborto espontáneo, paro cardíaco o incluso la muerte, aspiración, irritación e hinchazón de una vena, dolor, decoloración y lesión de los vasos sanguíneos y / o nervios.

Se me ha informado que el consumo de tabaco, alcohol y drogas recreativas puede llevar al fracaso del resultado deseado.

Me han informado de los posibles riesgos, pero no se limitan a: dolor; infección; hinchazón; moretón; sangrado; malestar; dolor de cabeza; rigidez muscular o trismo; mordida de mejillas o labios; agrietamiento o enrojecimiento de la esquina de los labios; irritación y recesión de dientes y encías; astillado o daño a los dientes adyacentes, restauraciones u otras estructuras orales; entumecimiento de los labios; decoloración de dientes y encías; mal olor; gusto alterado; subluxación y dislocación de dientes o articulación TM; y fractura del hueso de la mandíbula.

(A) Extracción y procedimientos quirúrgicos: Posibilidad de alveolitis seca que puede ocurrir después de la cirugía (pérdida del coágulo de sangre); sensación nerviosa alterada en el labio y la barbilla, incluyendo entumecimiento, hormigueo, picazón o ardor que puede durar de unas semanas a meses o incluso resultar en un entumecimiento permanente de los labios; Es posible la comunicación de la cavidad bucal con el seno nasal, lo que requiere una reparación quirúrgica por parte de un especialista. En casos raros, la raíz del diente se puede dejar atrás para evitar daños a los nervios y estructuras críticas. Es posible que se requiera un injerto óseo para brindar soporte a los dientes adyacentes o estructuras críticas. Las astillas óseas afiladas pueden requerir cirugía adicional.

(B) Tratamiento de endodoncia: Oscurecimiento del diente después de la finalización del caso; perforación del diente; reabsorción de raíces; riesgos asociados con la solución de riego; y, en raras ocasiones, la rotura de los instrumentos que requieren la derivación de un especialista o pueden permanecer encajados dentro del diente y sellados; posibilidad de canales bloqueados y diente previamente tratado puede fallar requiriendo un nuevo tratamiento o extracción de diente y. Se ha recomendado un empaste y una corona permanentes para evitar la rotura del diente.

(C) Tratamiento periodontal o de las encías: Me han informado de la enfermedad periodontal / de las encías que actualmente está afectando mis dientes y encías y por consiguiente pérdida de hueso. La limpieza profunda puede provocar la retracción de las encías y la exposición de la superficie de la raíz de los dientes; mayor espacio entre los dientes; aumento de la sensibilidad de los dientes; aflojamiento de dientes; impactación de alimentos entre los dientes.

(D) Dentadura postiza parcial o completa: Entiendo que la pérdida ósea continuará ocurriendo debido a la pérdida de estimulación interna; rotura de la porción plástica de la dentadura postiza / diente, puede ocurrir que el diente salga de la base de la dentadura postiza La dentadura postiza inmediata requerirá un nuevo revestimiento o un nuevo juego de dentadura postiza.

(E) Empastes, corona y puente: Se espera un grado variable de sensibilidad después del tratamiento y no previene la caries dental ni la enfermedad de las encías en el futuro. El paciente seleccionará el color y se ajustará lo más posible a los dientes o restauraciones existentes.

(F) Tratamiento de ortodoncia: El tratamiento no garantiza dientes perfectamente rectos y requiere el uso de un retenedor de rutina. Puede ocurrir reabsorción de la raíz o acortamiento de la raíz.

(G) Fotografías: Autorizo al médico y al personal a tomar fotografías y / o videos de mi cara, mandíbula y dientes antes, durante y después del tratamiento y doy mi consentimiento para publicarlos en línea y / o imprimirlos para marketing, educación, publicaciones, investigación y registros. No se espera compensación económica o de otro tipo por el uso de fotografías y videos.

Use imágenes o videos solo para mis registros, no publique ninguna imagen o video en el sitio web o las redes sociales.

Seguiré las instrucciones preoperatorias y postoperatorias según lo indique el personal y / o el médico y entiendo que es mi responsabilidad comunicarme con el consultorio de inmediato en caso de cualquier circunstancia indebida que ocurra después del tratamiento.

Asumo voluntariamente la responsabilidad de todos y cada uno de los posibles riesgos, incluido el riesgo de daño, si lo hubiera, que pueda estar asociado con cualquier fase de este tratamiento, con la esperanza de obtener los resultados deseados, que pueden o no lograrse.

Por la presente certifico que he proporcionado un historial médico exacto y completo que incluye condiciones médicas y dentales pasadas y presentes, medicamentos recetados y de venta libre, alergias, uso de drogas recreativas y estado de embarazo (si corresponde). He tenido tiempo suficiente para leer y entender lo anterior en español y todas las preguntas han sido respondidas. Por la presente doy mi consentimiento para los procedimientos dentales realizados y soy consciente de los riesgos, ventajas y desventajas conocidas de las opciones de tratamiento alternativas.

Nombre del paciente: _____

Firma del Paciente / Tutor legal: _____

Fecha: _____