

Timothy Wilson, DDS
FORMA DE APROBACION PARA TRATAMIENTO DENTAL

Leer Atentamente.

Nombre del Paciente

TRATAMIENTO QUE SE VA HACER

Yo comprendo que el trabajo siguiente se va hacer.

Restauraciones ___ Puentes ___ Coronas ___ Extracciones ___ Anestesia General ___ Endodoncia/Pulpotomia ___ Otro ___
Iniciales _____

ANALGESICOS Y MEDICAMENTOS

Yo comprendo que antibioticos y analgesicos y otros medicamentos pueden causar una reaccion alergica causando rosado y inflamacion de los tejidos, dolor, comeson, o nausea.

Iniciales _____

CAMBIOS EN EL DIAGNOSTICO

Yo comprendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos por las condiciones econtradas al estar laborando en la dentadura que no fueron encontrados durante el diagnostico. Es muy comun la endodoncia despues de haber restaurado una superficie en el la dentadura. Yo doy aprobacion de que el ODONTOLOGO haga cualquier cambio o todos los cambios necesarios en el diagnostico dental.

Iniciales _____

EXTRACCIONES EN LA DENTADURA

La alternativa de remover dentadura fue aclarado a causa de (endodoncia, coronas, o cirugia periodontal, etc.) y yo autorizo al ODONTOLOGO que extraiga los dientes/muelas _____ y cualquier otros que sean necesarios por cualquier razon, como ya esta aclarado en el tercer parrafo. Yo comprendo que al extraer dientes/muelas no siempre remueve toda la infeccion, si es que esta presente, y que continuacion de tratamiento puede ser necesario. Yo comprendo el riesgo que esta involucrado en extraer dientes/muelas que son, tener dolor, inflamacion, infeccion, perdida de sentir el la dentadura, en los labios, en la lengua y en los tejidos que rodean, que puede permanecer permanente por (dias o meses) o que la quijada pueda ser fracturada. Yo comprendo que puedo necesitar continuacion de tratamiento por un especialista o quiza hospitalizacion, a causa de que una complicacion surga durante o al continuar el tratamiento, y el costo sera mi responsabilidad.

Iniciales _____

CORONAS, PUENTES, Y CHAPAS

Yo comprendo que a veces no es posible combinar el color natural del diente exactamente con los dientes artificiales. Como tambien comprendo que tengo que usar provisionales, el cual a veces se puede caer facilmente y debo tener cuidado para asegurar que permanesca hasta que la corona, puente, chapa permanente sea entregada. Reconosco que la ultima oportunidad que tengo para hacer cambios en la nueva corona, puente, o chapa (incluyendo forma, medida, tamano, y color) se haran antes de la entrega.

Iniciales _____

DENTADURAS, COMPLETA O PARCIAL

Yo comprendo que las dentaduras completas o parcial son artificiales, construidas de plastico, metal y/o porcelana. Los riegos que pueden surgir han sido aclarados, como aflogarse, adolorido, y hasta quebrarse. Yo comprendo que la ultima oportunidad para hacer cambios en las dentaduras incluyendo forma, tamano, medida, y color sera hecho en la sita de prueba. Yo entiendo que la mayoría de dentaduras requieren de una alinacion aproximadamente de tres a doce meses despues de la entrega. El cargo para el proceso no esta incluido en los cargos iniciales de las dentaduras.

Iniciales _____

TRATAMIENTO DE NERVIU (ENDODONCIA)

Yo comprendo que no me garantiza la endodoncia que mi diente/muela sea restaurada, y que complicaciones pueden ocurrir debido al tratamiento y que ocasionalmente objetos de metal son pegados en el diente/muela o extendidos al nervio. El cual no necessariamente afecta el exito del tratamiento. Yo comprendo que en ocassiones cirugia es necesaria para concluir la endodoncia.

Iniciales _____

PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO)

Yo comprendo que tengo condiciones serias, que estan causansdo infeccion o perdida en mi encia y hueso y que pueden causar que pierda dentadura. Alternativas han sido aclaradas en planes de tratamientos como cirujia en las encias, reemplasamiento de extracciones. Yo comprendo que al no tomar proceso puede en el futuro afectar alguna condicion periodontal.

Iniciales _____

Yo comprendo que la odontologia no es una ciencia exacta, y por eso reputables practicos no pueden garantizar los resultados. Yo reconosco que ninguna garantia ni aseguramiento se a hecho por medio de nadie, referente al tratamiento el cual yo he demandado o autorizado. Yo he tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer cualquier pregunta. Todas mis preguntas han sido contestadas a satisfaccion. I apruebo el tratamiento que ha sido propuesto.

Firma del Paciente _____

Fecha _____

Firma del Padre/Tutor si el paciente es menor de edad.

Fecha _____