



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### CORONAS PUENTES Y PROVISIONALES

Dentista: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

1. TRABAJO A REALIZAR: Entiendo que me harán el siguiente trabajo [Indique todos los servicios que sean provistos]: RESINAS ( ) PUENTES ( ) CORONAS ( ), Rayos X ( ) EXTRACCIONES ( ) EXTRACCION DE RESTOS RADICULARES ( ) Endodoncia ( ) Dentadura postiza ( ) Otros ( ) \_\_\_\_\_.

2. FARMACOS Y MEDICAMENTOS: Entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos podrían causar reacciones alérgicas que produzcan rojez e hinchazón de los tejidos, dolor, picor, vómitos, y/o shock anafiláctico. He informado a mi dentista de todos los medicamentos que estoy tomando actualmente, incluyendo, pero limitándose a medicamentos por receta médica, medicamentos sin receta, remedios de hierbas, y medicamentos alternativos. Asimismo, entiendo que no avisar a mi dentista de cualquier medicación que tome antes de empezar el trabajo dental podría tener consecuencias negativas impredecibles para mí.

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO: Entiendo que durante el tratamiento podría precisarse cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones halladas mientras el dentista este trabajando en los dientes que no pudieran haber sido descubiertas durante exámenes previos. Por ejemplo, la terapia de endodoncia podría precisarse tras un procedimiento restaurativo de rutina. Doy mi permiso a mi dentista para que haga cualquier/todo cambio y adiciones como sea necesario.

4. CORONAS, PUENTES Y FUNDAS: Entiendo que a veces no es posible igualar el color de los dientes naturales con dientes artificiales. Además, entiendo que podría llevar coronas temporales, que podrían salirse fácilmente Y tengo que tener cuidado de guardarlas hasta que se me entreguen las coronas permanentes. Asumo que la última oportunidad de hacer cambios en las nuevas coronas, puentes, o fundas (incluyendo la forma, encaje y color) solo podrá ocurrir antes de la cementación final. Soy responsable de volver para la cementación dentro de los 21 días a partir de la fecha de preparación del diente. Retrasos excesivos podría producir que el diente se moviera lo cual precisaría volver a hacer la corona, puente, o funda. En dichas circunstancias, entiendo que se producirán cargos adicionales para hacer una nueva pieza debido a mi retraso en ir al dentista para la cementación permanente. Entiendo que odontología no es una ciencia exacta y, por lo tanto, dentistas de gran reputación no pueden debidamente garantizar los resultados. Acepto y reconozco que no se han dado ninguna garantía por parte de nadie acerca del/los tratamiento(s) que he solicitado y autorizado. Por la presente, autorizo a cualquiera de los médicos, asistentes dentistas o auxiliares a proceder con o realizar las restauraciones y tratamientos dentales indicados previamente y como se me ha explicado. Entiendo que esto es solo una estimación y está sujeta a modificación dependiendo de circunstancias imprevistas o no diagnosticadas que pudieran surgir en el curso del tratamiento. Entiendo que a pesar de cualquier cobertura de seguro dental que pudiera tener, seré responsable en pagar los gastos dentales.

Firma Paciente: \_\_\_\_\_

Firma Dentista: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

