

## Consentimiento General para el Tratamiento

Monroe Dental Clinic requiere su consentimiento para llevar a cabo el tratamiento dental o cirugía oral. Por favor lea esta forma cuidadosamente y le pedimos se sienta en confianza de preguntar cualquier duda que tenga. Nosotros estaremos contentos en poder explicarles.

- 1) Yo con pleno conocimiento autorizo plenamente a Monroe Dental Clinic o a cualquiera de sus subsidiarios, asistidos por dentistas y auxiliares dental certificados, de realizar en mi persona o en mi hijo(a) \_\_\_\_\_ el tratamiento dental o cirugía oral, incluyendo las radiografías (rayos x), la anestesia local u otro procedimiento de diagnóstico que se requiera.
- 2) En terminus generales, al tratamiento dental podría incluir uno o más de los siguientes procedimientos:
  - a. Limpieza de dientes con la aplicación de fluoruro.
  - b. Aplicación de relleno blanco preventivo de caries (sealant) para cubrir las grietas de los dientes.
  - c. Restauración de algún diente lastimado o con carie. Esto se puede hacer con relleno de color plateado (amalgama) o blanco (composite).
  - d. Coronas de acero inoxidable para niños, necesario cuando los rellenos simples no son los más aconsejables por tener caries extensas.
  - e. El reemplazo de un diente (o sea un diente que no está) por medio de alguna prótesis (coronas, parciales, dentaduras, etc.)
  - f. Extracción (remoción) de uno o más dientes que ya no pueda ser salvado o funcional.
  - g. Tratamiento de tejidos orales lastimados o enfermos
  - h. Tratamiento de dientes que se encuentren mal acomodados o algún diente desarrollado que presente alguna condición muy poco común
  - i. El uso de sedantes u óxido nítrico para controlar el comportamiento del paciente

Es muy importante saber que aunque raro y muy impredecible, algunos riesgos están asociados a procedimientos dentales, cirugía oral, medicamentos o anestesia. Se nos requiere suministrar esta información para que el paciente tenga conocimiento sobre ellos. Estos son los siguientes: miedo, nerviosismo, adormecimiento, infección, aspiración, inflamación, sangrado, decoloración, náuseas, vómitos, reacciones alérgicas y en muy pocos casos hasta la pérdida de la función de algunos de sus órganos. Yo entiendo y acepto que las complicaciones podrían requerir asistencia, hospitalización o hasta podría resultar en una pérdida humana en raros casos.

- 3) El tratamiento se me ha sido explicado en mi pleno juicio. Yo entiendo que todos los procedimientos que han de realizarse se me han discutido y Monroe Dental Clinic no ha tratado al paciente sin mi consentimiento. Se me ha dicho las desventajas y ventajas del tratamiento en sí o de algún otro tipo de procedimiento si es necesario. Yo he sido informado que los resultados que se esperan son buenos pero como sea las posibilidades y naturaleza de alguna complicación que pueden asegurarse anticipadamente. Comprendo que al recibir tratamiento no se me da ningún tipo de garantía. Antes de empezar el tratamiento yo entiendo y autorizo al dentista a realizar cualquier tratamiento que el/ella en su conocimiento crea que es la mejor opción para mi salud o la de mi niño(a).

Yo reafirmo una vez más que he leído todo este conocimiento y que lo entiendo a plenitud. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas con relación a este consentimiento y el propósito del tratamiento. Este consentimiento será efectivo hasta que usted decida terminarlo. La terminación deberá ser por escrito.

Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Guardian \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_