



Información general y consentimiento para el tratamiento

Bienvenido y gracias por elegir Olson Family Dental para su cuidado dental. Trabajaremos con usted para ayudarle a lograr una excelente salud bucal. Mientras reconoce los beneficios de una sonrisa agradable y los dientes que funcionan bien, usted debe ser consciente de que el tratamiento dental, como el tratamiento de cualquier otra parte del cuerpo, tiene algunos riesgos inherentes. Estos rara vez son lo suficientemente grandes como para compensar los beneficios del tratamiento, pero deben ser considerados al tomar decisiones de tratamiento.

Los beneficios del tratamiento dental pueden incluir: alivio del dolor, la capacidad de masticar correctamente y la confianza que una sonrisa agradable puede traer. Sin embargo, hay algunos riesgos comunes asociados con prácticamente cualquier procedimiento dental. En los riesgos incluyen pero no se limitan a:

1. Reacción química o farmacológica. Los materiales dentales y los medicamentos pueden desencadenar reacciones alérgicas o de sensibilidad.
2. Entumecimiento a largo plazo (parestesia). Los anestésicos locales, o su administración, aunque casi siempre es adecuada para permitir un cuidado cómodo, pueden resultar en entumecimiento permanente (anestesia) o, en raras ocasiones, .
3. Sensibilidad muscular o articular. Mantener la boca abierta puede resultar en sensibilidad muscular o de la mandíbula, o en un paciente predispuesto, precipitar un trastorno de la ATM.
4. Sensibilidad en dientes o encías, infección o sangrado.
5. Tragar o inhalar objetos pequeños.

Este consentimiento para el tratamiento incluye, entre otros:

- Anestesia local y medicamentos
- Restauración de dientes con empastes
- Radiografías, fotografías
- Endodoncias
- Extraer dientes
- Otro

Entiendo que se pueden requerir consentimientos informados específicos para cualquiera o todos los procedimientos anteriores. Entiendo que debido a la propia naturaleza de cualquier tratamiento propuesto y la singularidad de mí mismo como individuo; nadie puede predecir la certeza de cualquier resultado o éxito de cualquier tratamiento dental. Entiendo que el tratamiento dental no contiene garantías, garantía ni garantía de éxito. Cada caso individual es impredecible, lo que hace imposible que se supongan resultados. Además entiendo que los resultados pueden NO ser a mi completa y plena satisfacción después de que el tratamiento se haya completado y mi condición puede ser la misma, mejor o peor.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cualquier política de Olson Family Dental. Estas preguntas han sido respondidas a mi completa satisfacción.

He dado un informe preciso de mis problemas médicos, mentales y de salud dental.

Entiendo que si una receta está escrita para una sustancia controlada, la ley estatal requiere que cierta información de prescripción, incluyendo mi nombre, se ingrese en una base de datos segura (programa de monitoreo de medicamentos recetados de Colorado) cuando lleno esta receta en mi farmacia. Los prescriptores autorizados de sustancias controladas y las fuerzas del orden, en circunstancias limitadas, pueden acceder a la base de datos para usos permitidos.

Entiendo toda la información del paciente anterior contenida en este documento y acepto acatar todos los procedimientos y condiciones especificados. Por la presente doy permiso para el diagnóstico y tratamiento para mí o para el niño menor nombrado en este documento.

Si bien seguimos las pautas de procedimiento, que más a menudo conducen a un éxito clínico, al igual que cualquier otra búsqueda en el cuidado de la salud, no todo siempre resulta de la manera en que se planea. Haremos todo lo posible para asegurarnos de que lo haga. Por favor, siéntase libre de hacer preguntas con respecto a todos los procedimientos dentales que se le recomiendan.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del padre (si es menor): _____ Fecha: _____