








General Dentistry  Cosmetic Dentistry  Endodontics  Oral Surgery  Orthodontics  Periodontics

HISTORIA DENTAL

¿Cómo podemos ayudarle hoy? _____

Su salud dental actual es: Bueno Regular Pobre

¿Usted requiere antibióticos de su medico antes del tratamiento dental? Sí No

¿Está usted actualmente en el dolor? Sí No

¿Alguna vez ha recibido tratamiento de las encías? Sí No

¿Tiene ahora o ha tenido algún dolor / mandíbula molestias en las articulaciones? (TMJ) Sí No

¿Usa parciales o dentaduras? Si es asi, cuando fueron puestos? _____ Sí No

¿Sus dientes son sensibles a los liquidos o alimentos agrdulces? Sí No

¿Sus dientes son sensibles a los liquidos o alimentos calientes o frios? Sí No

¿Le sangran las encías al cepillarse o usando el hilo dental? Sí No

¿Cuántas veces usted: hilo dental? _____ cepillarse? _____

¿Tiene llagas o bultos en o cerca de su boca? Sí No

¿Has tenido extracciones dificiles en el pasado? Sí No

¿Alguna vez ha tenido un sangrado prolongado/anormal despues de extracciones? Sí No

¿Rechina o aprieta los dientes? Sí No

¿Alguna vez ha tenido una dificultad seria con cualquier trabajo dental anterior? Sí No

¿Alguna vez has tenido alguna experiencia desfavorable dental? Sí No

¿Cuándo fue la última vez: Limpieza? _____ Dental Visita? _____

¿Por qué dejó a su dentista anterior? _____

¿Cómo podemos acomodar mejor durante su visita al dentista? _____

Aquí, en Smiles West , ofrecemos una amplia variedad de servicios para mejorar y mantener su sonrisa hermosa.





Autorización y Lanzamiento

Certifico que he leído y entiendo la información anterior según mi leal saber y entender. Las preguntas anteriores han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que se me proporcione a mí o a mi hijo durante el período de dicha atención dental a profesionales de la salud de terceros. Autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o a los beneficios del seguro del grupo dental que de lo contrario se me pagarían. Acepto ser responsable de cualquier pago de los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes.

X _____

Firma del paciente/padre o tutor



General Dentistry  Cosmetic Dentistry  Endodontics  Oral Surgery  Orthodontics  Periodontics

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (POR FAVOR LLENE TODOS APLICABLE LA INFORMACIÓN)

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial mediano: _____
 Nombre Preferido: _____ Paciente Es: Poseedor de política Partido responsable Niño
 Domicilio: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____
 Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____
 Correo-e: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____ numero del Licencia y Estado: _____
 Estatus de empleo: Tiempo lleno Tiempo de parte Jubilado El ser Empleado Otro Género: _____
 Estado civil: Niño Individual Casado Divorciado Viudo Separado Otro
 Estatus de estudiante: Tiempo lleno Tiempo de parte
 Nombre de la Escuela / Trabajo: _____ Farmacia Preferida/Teléfono: _____

PADRE / TUTOR INFORMACIÓN (para menores y jóvenes 17yrs)

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial mediano: _____
 Domicilio: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____
 Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____
 Correo-e: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____ numero del Licencia y Estado: _____
 Estatus de empleo: Tiempo lleno Tiempo de parte Jubilado El ser Empleado Otro Género: _____
 Estado civil: Individual Casado Divorciado Viudo Separado Otro

SEGURO PRIMARIO / SEGURO SECUNDARIO (POR FAVOR LLENE TODOS APLICABLE LA INFORMACIÓN)

El nombre de Asegurado Fecha De Nacimiento: _____	El nombre de Asegurado Fecha De Nacimiento: _____
Asegurado ID/SSN: _____	Asegurado ID/SSN: _____
Empleador: _____	Empleador: _____
Domicilio: _____	Domicilio: _____
Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Teléfono	Teléfono

Certifico que la información provista es precisa y será confiada para otorgar crédito y brindar servicios dentales. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos o pagados por mi seguro. Al firmar a continuación, autorizo que usted pueda verificar e intercambiar información sobre mí y sobre cualquier solicitante adicional, incluso requiriendo informes de agencias de crédito. Autorizo el pago directamente al dentista de cualquier beneficio de seguro grupal que de otra manera se me pague. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo no cubierto por esta autorización. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con cualquier reclamo o reclamo dental. Entiendo que esta práctica dental es propiedad y está operada por un dentista independiente. Reconozco que cada dentista es individualmente responsable de la atención dental que me brindan y ningún otro dentista o entidad corporativa es responsable de mi tratamiento dental.

Firma De Paciente/Guardian: _____ Fecha: _____

HISTORIA PACIENTE DE SALUD

Nombre del paciente: _____

Aunque el personal dental trate principalmente el área en y alrededor de la boca, la boca es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de la salud que usted puede tener, o la medicina que usted puede estar tomando, podrían tener una interrelación importante con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las preguntas siguientes completamente.

- ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? Sí No Si sí, explica por favor: _____
- ¿Ha sido hospitalizado o tenido una gran operación? Sí No Si sí, explica por favor: _____
- ¿Alguna vez ha tenido grave lesión de cuello o cabeza? Sí No Si sí, explica por favor: _____
- ¿Esta tomando algún medicamento, pastillas o drogas? Sí No Si sí, explica por favor: _____
- ¿Tomas, o has tomado Fen-Phen? Sí No Si sí, explica por favor: _____
- ¿Usas Sustancias controladas? Sí No
- ¿Usas Tabaco? Sí No
- ¿Tomas Alcohol? Sí No

LA MUJER, ESTA USTED...

¿Embarazada/tratando de quedar embarazada? Sí No ¿Tomar anticonceptivos orales? Sí No ¿Esta Amamantando a su bebe? Sí No

¿ES USTED ALERGICO A LOS SIGUIENTES...

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Látex Anestésicos locales

Otro Si sí, explica por favor _____

¿TIENE USTED, O HA TENIDO, CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES...

- | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|-----------------------------|---|------------------------|---|------------------------------------|---|
| SIDA/VIH Positivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de Hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hemofilia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diálisis Renal / Problemas Renales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de Alzheimer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis A, B o C | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Falla Cardíaca/Paratiroidea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Drogadicción | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reumatismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fácilmente Enrollado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión Baja | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Escarlatina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Angina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfisema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Alta Presión | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Nerviosismo / Ansiedad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Epilepsia o Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumores o Crecimientos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Debilidad Muscular | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Válvula Artificial Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sangrar Anormal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problema de Senos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Reemplazo de Articulación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sed Excesiva | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Latido del Corazón Irregular | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de Sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de Riñón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | TMJ o TMD | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad al Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Frecuente Tos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Leucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Trastorno Cardíaco Congenito | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Transfusión de Sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Colesterol | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos Cardíaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolores de Pecho | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Retraso Mental | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de Tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desorden Congénito al Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Hinchazón de Extremidades | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Entumecimiento Muscular | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad Pulmonar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Prolapso Mitral Válvula | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Transplante de Órgano | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumores o Malignidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Coyunturas de Mandíbula | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Carrera | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Infarto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Úlceras | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad Demencia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Murmullo al Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cuidado Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad Venérea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolores De Cabeza Frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia / Radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desmayos / Mareos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad al Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Obstrucción Arterial Coronaria | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Esclerosis Múltiple | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas Estomacales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Orina Frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Tiene usted cualquier otro problema médico o historia médica que figura en esta lista? Sí No Si sí, explica por favor: _____

EN CASO DE CONTACTO DE EMERGENCIA...

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Según mi leal saber y entender, las preguntas en esta forma han sido contestadas exactamente. Comprendo que eso proporcionando información inexacta puede ser peligroso a mí (o el paciente) la salud. Es mi responsabilidad de informar la oficina dental de cualquier cambio en el estatus médico.

FIRMA DE PACIENTE, PADRE O EL GUARDIAN: _____ FECHA: _____

LA SALUD MEDICA REVISADA: _____ FECHA: _____

**PATIENT ACKNOWLEDGEMENT OF
RECEIPT OF DENTAL MATERIALS FACT SHEET AND
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

As of January 1, 2002, the Dental Board of California now requires that we distribute to our patients a copy of the Dental Materials Fact Sheet. In addition, the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) require that patients be given a copy of our Notice of Privacy Practice.

If you would, please print and sign your name below acknowledging you have received these forms from this office.

1. A copy of the Dental Materials Fact Sheet; and
2. Notice of Privacy Practices.

PRINT NAME OF PATIENT/PARENT/GUARDIAN

X

SIGNATURE OF PATIENT/PARENT/GUARDIAN

DATE

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify)

© 2002 American Dental Association
All Rights Reserved

Reproduction and use of this form by dentists and their staff is permitted. Any other use, duplication or distribution of this form by any other party requires the prior written approval of the American Dental Association.

This Form is educational only, does not constitute legal advice, and covers only federal, not state, law (August 14, 2002).

Consentimiento Informado Odontología General

N.º de Registro _____

Los pacientes deben completar los siguientes puntos del 1 al 4 y del 5 al 13 según sea necesario.

EXÁMENES Y RAYOS X

Entiendo que la primera visita puede requerir radiografías para completar la examinación, diagnóstico y tratamiento. Comprendo que los trabajos que se me realizarán se harán conforme a lo detallado en el plan de tratamiento adjunto.

(Iniciales _____)

DROGAS, MEDICACIÓN Y SEDACIÓN

He recibido información sobre el hecho de que los antibióticos, analgésicos y cualquier otra medicación pueden provocar reacciones alérgicas que producen enrojecimiento y tumefacción de los tejidos, dolor, prurito, vómitos o choque anafiláctico (reacción alérgica severa) y comprendo tal hecho. Le he informado al dentista sobre las reacciones alérgicas que sé que padezco. Estos medicamentos pueden provocar somnolencia, pérdida de conciencia y de coordinación, las cuales pueden incrementarse por el uso de alcohol u otras drogas. Entiendo y estoy completamente de acuerdo con que no debo conducir ningún vehículo ni utilizar ningún aparato peligroso por lo menos durante las 12 horas posteriores a la medicación o hasta estar recuperado totalmente de los efectos de la anestesia, la medicación y las drogas que se me puedan haber suministrado para mi cuidado. Comprendo que toda administración de medicamentos recetados que no cumpla con la prescripción médica recibida puede presentar riesgos de continuidad de la infección y el dolor o de incremento de la gravedad de éstos y riesgos de una potencial resistencia al tratamiento efectivo de mi enfermedad. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la efectividad de los anticonceptivos orales (píldoras para el control de la natalidad). Comprendo que todos los medicamentos potencialmente pueden estar acompañados de riesgos, efectos secundarios e interacción de fármacos. Por lo tanto, es de suma importancia que le informe a mi dentista de todos los medicamentos que estoy tomando actualmente.

El consentimiento informado por escrito, en el caso de un menor, incluirá, pero no se limita a, la siguiente información: y el seguimiento de la anestesia general pueden variar dependiendo del tipo de procedimiento, el tipo de médico, la edad y la salud del paciente y el entorno en el que se proporciona la anestesia. Los riesgos pueden variar con cada situación específica. Le animamos a explorar todas las opciones disponibles para la anestesia de su hijo para su tratamiento dental, y consulte con su dentista o pediatra según sea necesario.

(Iniciales _____)

MODIFICACIONES EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario modificar o agregar procedimientos debido a que, al trabajar en los dientes, se encuentren enfermedades que no se detectaron en el momento del examen. El más común es el tratamiento de conducto radicular realizado luego de procedimientos restaurativos de rutina. Autorizo al dentista a realizar todos los cambios o agregados que sean necesarios.

(Iniciales _____)

PROFILAXIS DENTAL (LIMPIEZA)

Entiendo que este tratamiento es preventivo e intencionado para pacientes con encías saludables, y limitado para solamente eliminar placa dental y sarro de las estructuras dentales que no contienen enfermedades periodontales.

(Iniciales _____)

RELLENOS

Entiendo que puede ser necesaria una restauración más extensa que la que se diagnosticó originalmente debido a caries adicionales o a que durante la preparación se encuentre una estructura dental sin apoyo. Esto puede hacer necesarias otras medidas para devolver al diente su funcionamiento normal. Algunas pueden ser el tratamiento de conducto radicular, las coronas o ambos. Entiendo que debo tener cuidado al masticar sobre los rellenos durante las primeras 24 horas para evitar que se rompan. Comprendo que la sensibilidad es un efecto secundario común de un relleno recién colocado.

(Iniciales _____)

EXTRACCIÓN DE DIENTES

He recibido información respecto de otras opciones distintas de la extracción (tratamiento de conducto radicular, corona y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al dentista a extraer los siguientes dientes _____ y cualquier otro que sea necesario según las razones expuestas en el párrafo n.º 3. Entiendo que al extraer los dientes no siempre se extrae toda la infección, si la hubiere, y que puede ser necesario realizar un tratamiento adicional. Comprendo los riesgos que implica la extracción de dientes, entre los que se encuentran dolor, tumefacción, propagación de la infección, alvéolos secos, senos descubiertos, pérdida de sensibilidad en los dientes, en los labios, la lengua y en los tejidos circundantes (parastesia) que puede durar por un período de tiempo indefinido, o mandíbula fracturada. Entiendo que la hemorragia podría durar varias horas. Si persiste, especialmente si es intensa, debe recibir tratamiento y ponerse en contacto con este consultorio. Entiendo que pudiera necesitar tratamiento adicional de un especialista o hasta hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento y que yo seré responsable de su costo.

(Iniciales _____)

CORONAS, PUENTES, CARILLAS Y ENLACES

- Entiendo que a veces no es posible duplicar el color de un diente natural en un diente artificial. Comprendo además que puedo tener que usar coronas temporarias, las cuales pueden desprenderse fácilmente, y que debo ser cuidadoso para garantizar que permanezcan fijas hasta que me entreguen las coronas permanentes. Sé que el momento previo a la cementación será la última oportunidad para realizar modificaciones en mi corona, puente o carillas nuevos (incluye forma, adaptación, tamaño y color). Se me ha explicado que, en muy pocos casos, los procedimientos cosméticos pueden producir la necesidad de un futuro tratamiento de conducto radicular, el cual no siempre puede detectarse con anticipación o pronosticarse. Entiendo que los procedimientos cosméticos pueden afectar la superficie del diente y requerir modificaciones en los procesos de higiene diaria. También es mi responsabilidad regresar al dentista para una cementación permanente dentro de los 20 días posteriores al alistamiento del diente. Demoras excesivas en la visita al dentista pueden causar caries, movimientos dentales, enfermedades de

encia o problemas de mordida. Esto puede requerir una nueva corona, puente o carilla. Entiendo que habrá gastos adicionales por la nueva corona, puente o carilla u otro tratamiento debido a la demora en realizar la cementación permanente.

(Iniciales _____)

- b. Elijo utilizar metal noble, muy noble o porcelana en vez de metal básico en la restauración de mis coronas y puentes.

(Iniciales _____)

- c. Elijo realizar un puente fijo o implantar un reemplazo de los dientes perdidos en vez de un aparato movable. Entiendo que este puente fijo o implante y la corona pueden no estar incluidos dentro de la cobertura de mi póliza de seguro.

(Iniciales _____)

PRÓTESIS- TOTAL O PARCIAL

Sé que las prótesis totales o parciales son artificiales y están fabricadas de plástico, metal o porcelana. He recibido información detallada sobre los problemas de usar estos aparatos, entre otros, los problemas de movilidad de los dientes, dolor y posible quebradura. Comprendo que la visita para la prueba de "dientes en cera" será la última oportunidad para realizar modificaciones en mi nueva prótesis (incluye forma, adaptación, tamaño, colocación y color). Las prótesis de inserción inmediata (colocación de prótesis inmediatamente después de las extracciones) pueden ser molestas en un principio y necesitar varios ajustes y rebasados. Luego será necesario realizar un rebasado permanente de la prótesis o colocar un segundo conjunto de prótesis. Esto no está incluido en el costo inicial de la prótesis. Entiendo que la mayoría de las prótesis necesitan ser rebasadas aproximadamente de tres a doce meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en el costo inicial de la prótesis. Entiendo que es mi responsabilidad regresar al dentista para la entrega de las prótesis. Comprendo que el incumplimiento de las citas de entrega puede tener como resultado prótesis incorrectamente colocadas. Si es necesaria una nueva prótesis debido a mi demora superior a 30 días, habrá costos adicionales.

(Iniciales _____)

ENDODONCIA (CONDUCTO RADICULAR)

Sé que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular podrá salvar mi diente, que pueden surgir complicaciones del tratamiento y que, ocasionalmente, el material del tratamiento puede extenderse más allá del ápice dental, lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. El diente puede estar sensible durante el tratamiento e incluso permanecer así por algún tiempo luego de éste. Una de las razones principales por las que los tratamientos de conducto radicular fallan es la fractura de raíz, que es difícil de detectar. Debido a que los dientes con tratamiento de conducto radicular son más frágiles que otros, se necesita una corona para fortalecer y preservar el diente. Entiendo que las limas endodónticas y los ensanchadores son instrumentos muy delicados y que las tensiones pueden separarlos durante su uso. Entiendo que, ocasionalmente, pueden necesitarse procedimientos quirúrgicos adicionales luego del tratamiento del ápice radicular (apicectomía). Comprendo que el diente puede perderse a pesar de todos los esfuerzos realizados para salvarlo.

(Iniciales _____)

TRATAMIENTO PERIODONTAL

Entiendo que tengo una enfermedad grave que causa inflamación de la encía y/o pérdida del hueso, y que puede conducir a la pérdida de mis dientes y/o a condiciones sistémicas negativas (como diabetes incontrolada, enfermedades cardiovasculares y parto prematuro, etc.). He recibido información detallada sobre planes de tratamiento alternativos, entre ellos, el tratamiento no quirúrgico, tratamientos antibióticos/antibacterianos, la cirugía de encías y/o las extracciones. Entiendo que el éxito de cualquier tratamiento depende, en parte, de mi esfuerzo por cepillarme los dientes y limpiarlos con hilo dental diariamente, recibir limpiezas regulares según se indique, seguir una dieta saludable, evitar productos a base de tabaco y seguir otras recomendaciones. Entiendo que la hemorragia podría durar varias horas. Si persiste, especialmente si es intensa, debe recibir tratamiento y ponerse en contacto con este consultorio. Entiendo que la enfermedad periodontal puede tener un efecto adverso futuro en el éxito a largo plazo del trabajo restaurativo dental.

(Iniciales _____)

IMPLANTES

Entiendo que las restauraciones dentales no son permanente y que la colocación de un implante(s) puede ser limitado a causa de las limitaciones anatómicas del paciente. Se me ha informado de que siempre existe la posibilidad de que el implante (s) no funcione a causa de que los tejidos del cuerpo no fisiológicamente acepten estos implante (s) artificiales, y las infecciones pueden ocurrir después de la cirugía, que puede resultar en tener que remover el implante afectado (s). Comprendo existe la posibilidad de daño a los nervios de la cara y de los tejidos de la cavidad oral, y el entumecimiento puede ser temporal, o en raras ocasiones, permanente. Entiendo que es absolutamente necesario que después de obtener tratamiento de implantes debo someterme regularmente a exámenes y limpiezas periódicamente. Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad de hacer citas y reportarme de acuerdo a las instrucciones del dentista.

(Iniciales _____)

BLANQUEAMIENTO

El blanqueamiento es un procedimiento realizado en el consultorio (aproximadamente 1 hora) o con receptáculos de uso domésticos (varios tratamientos durante 2 a 4 semanas). El grado de coloración blanca varía con cada individuo. El paciente promedio logra cambios importantes (de 1 a 3 tonos de la guía de tonos dentales). El café, el té y el tabaco mancharán los dientes después del tratamiento y deberán evitarse durante, por lo menos, las 24 horas posteriores a él. Entiendo que puedo experimentar sensibilidad en los dientes o inflamación de la encía, las cuales podrían desaparecer cuando se termine con el tratamiento. El dentista puede prescribir tratamientos de fluoruro para reducir la sensibilidad. El peróxido de carbamida y otras soluciones de peróxido utilizadas para blanquear los dientes están aprobadas por la FDA (*Food and Drug Administration*, Administración de Fármacos y Alimentos) como antisépticos bucales. Su utilización como agentes blanqueadores posee riesgos desconocidos. La aceptación del tratamiento implica la aceptación de los riesgos. Se les aconseja a las mujeres embarazadas consultar con su médico antes de comenzar el tratamiento.

(Iniciales _____)

ÓXIDO NITROSO

Elijo utilizar óxido nitroso conjuntamente con mi tratamiento dental. He recibido información sobre los posibles efectos secundarios que puede provocar y los comprendo, entre ellos, náuseas, vómitos, mareos y dolor de cabeza. Entiendo que no se recomienda el uso de óxido nitroso si estoy embarazada.

(Iniciales _____)

BENEFICIOS DENTALES

Entiendo que mi seguro puede proveer únicamente el mínimo nivel de cuidado dental. Comprendo que suscribirme a un seguro y recibir un beneficio es mi responsabilidad. Elijo seguir las recomendaciones del dentista relacionadas con un tratamiento dental óptimo.

(Iniciales _____)

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, en consecuencia, aun los profesionales más respetados no pueden garantizar los resultados. Admito que nadie ha asegurado ni garantizado el tratamiento dental que he solicitado y autorizado. Entiendo que cada dentista es un profesional individual y que es individualmente responsable por la atención dental que me otorga. También entiendo que ningún otro dentista o entidad corporativa, que no sea la del dentista que me atiende, es responsable por mi tratamiento dental. Reconozco haber recibido instrucciones postoperatorias y comprenderlas, y haber sido citado para regresar en una fecha determinada.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Doctor: _____ **Fecha:** _____