Servicios de odontología

de New Orleans HCH

# Nombre del paciente Fecha

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Y ACUSE DE RECIBO DE INFORMACIÓN

***La ley estatal nos obliga a obtener su consentimiento para el tratamiento odontológico****.* No dude en consultarnos si no comprende algún punto, estamos a su disposición para contestar sus preguntas o despejar sus dudas.

Existen riesgos asociados a todo tratamiento odontológico. Esto incluye la administración de agentes anestésicos locales, agente(s) analgésico(s) a fin de producir una sedación consciente y/o premedicación antes de iniciar la atención odontológica. Algunos de estos riesgos/complicaciones al recibir tratamientos odontológicos incluyen, entre otros:

Infección Sangrado

Imposibilidad de que la herida sane

Lesiones en dientes adyacentes y/o tejido blando Parestesia o adormecimiento de: lengua y/o boca y/o rostro

Fractura de mandíbula (hueso maxilar inferior) o maxila (hueso maxilar superior) Fístula oroantral u oronasal

Diente o fragmento en ceno maxilar Extracción incompleta de un diente Alveolo seco

Pérdida de dientes Pérdida de hueso

Esfacelo (pérdida imprevista de tejido duro y/o blando) Lesiones en estructuras adyacentes

Rotura de instrumento

Fractura(s) radicular(es) y restos de fragmentos radiculares Ingesta y/o aspiración de objetos

Reacción adversa a medicamentos

Trismo (dolor en la mandíbula o dificultad para abrir la boca) Fracaso del tratamiento de cumplir con su objetivo

Muerte (casos excepcionales) Endocarditis bacteriana

Se pueden requerir cirugías bucales, hospitalización y/o tratamientos adicionales en caso de que el paciente sufra complicaciones

Reconozco que he leído, o que me han leído, y entiendo la información del presente formulario. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y todas fueron contestadas a mi entera satisfacción. Me explicaron todas las alternativas al tratamiento recomendado, incluida la opción de no recibir tratamiento.

Por el presente autorizo e indico al odontólogo y/o asociados, asistentes de su elección, a realizar el diagnóstico, cirugía y/o tratamiento odontológico. El consentimiento será válido hasta que lo revoque por escrito.

Firma (paciente o representante legal) Nombre en letra de molde Fecha