

1. EXÁMENES Y RADIOGRAFIAS

Por la presente autorizo y dirijo los odontólogos y / o auxiliares de odontología de Connect Family Dental para realizar tratamientos dentales con el uso de las radiografías necesarias o convenientes y / o cualesquiera otros medios auxiliares de diagnóstico con el fin de hacer un diagnóstico completo y plan de tratamiento. Entiendo que soy responsable de la consecución de las radiografías actuales que pueden haber sido tomadas en un mandato anterior. Si no obtengo ellos, permito volver a tomar, si las radiografías necesarias.

(Iniciales) _____

2. DROGAS, MEDICAMENTOS Y SEDACIÓN

Se me ha informado y entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos y / o shock anafiláctico (reacción alérgica grave). He informado al dentista de cualquier alergia conocida. Pueden causar somnolencia, falta de conciencia y la coordinación que puede ser aumentado por el uso de alcohol u otras drogas. Entiendo y estoy de acuerdo totalmente de no conducir cualquier vehículo o dispositivo peligroso por lo menos 12 horas o hasta que esté completamente recuperado de los efectos de la anestesia, la medicación y las drogas que pueden haber me han dado en la oficina de mi cuidado. Entiendo que no tomar los medicamentos prescritos para mí en la forma prescrita puede ofrecer riesgos de continuar o agravado la infección y el dolor y la posible resistencia al tratamiento efectivo de mi condición. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la eficacia o los anticonceptivos orales (píldoras anticonceptivas).

(Iniciales) _____

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentran mientras se trabaja en los dientes que no fueron descubiertos durante el examen, la raíz es más común después de la terapia de conducto procedimientos restaurativos rutinarios. Yo doy mi permiso al Dentista para hacer cualquier / todos los cambios y adiciones que sean necesarias.

(Iniciales) _____

4. DISFUNCION DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR (ATM)

Entiendo que al quitar el clic, el bloqueo y el dolor puede intensificar o desarrollar en la articulación de la mandíbula inferior (cerca de la oreja), después de la rutina en la que el tratamiento dental de la boca se mantiene en la posición abierta. Aunque los síntomas de TMD asociado con el tratamiento dental son generalmente de carácter transitorio y bien tolerada por la mayoría de los pacientes, entiendo que si se presenta la necesidad de tratamiento, entonces voy a ser referido a un especialista para el tratamiento, el costo de que es mi responsabilidad.

(Iniciales)

5. DENTAL PROFILAXIS (LIMPIEZA)

Entiendo que el tratamiento consiste en la eliminación de la placa y el sarro por encima de la línea de las encías y no voy a tratar infecciones de las encías por debajo de la línea de las encías llamada enfermedad periodontal. Entiendo que el sangrado puede durar varias horas. En caso de que persistan, sobre todo si es grave en la naturaleza, debe recibir la atención y debe ser contactado con esta oficina.

(Iniciales) _____

6. RELLENOS

Entiendo que una más amplia restauración que diagnosticado inicialmente puede ser necesario debido al deterioro adicional o estructura dental sin soporte se encuentra en preparación. Esto puede dar lugar a otras medidas necesarias para restaurar el diente a la función normal. Esto puede incluir el canal de la raíz, la corona, o ambos. Entiendo que se debe tener cuidado en la masticación de rellenos en las primeras 24 horas para evitar que se rompan. Entiendo que la sensibilidad es un efecto común después de un relleno recién colocado.

(Iniciales) _____

7. EXTRACCIÓN DE DIENTES

Alternativas al cese han sido explicados (terapia de conducto radicular, corona, y cirugía periodontal, etc) y autorizo al dentista para eliminar uno o varios dientes. Entiendo que quitar dientes no siempre remueve toda la infección, si está presente, y puede ser necesario un tratamiento adicional. Entiendo los riesgos que implica tener los dientes removidos, algunos de los cuales son dolor, inflamación, diseminación de la infección, alveolitis, de la sinus expuesta, la pérdida de la sensibilidad en mis dientes, labios, lengua y tejido circundante (Parestesia) que puede durar por tiempo indefinido período de tiempo o la mandíbula fracturada. Entiendo que el sangrado puede durar varias horas. En caso de que persistan, sobre todo si es grave en la naturaleza, debe recibir la atención y debe ser contactado con esta oficina. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o incluso hospitalización si surge alguna complicación durante o después del tratamiento, el costo de que es mi responsabilidad.

(Iniciales) _____

8. CORONAS, PUENTES, CARILLAS Y FIANZAS

Entiendo que a veces no es posible hacer coincidir el color de los dientes naturales exactamente con los dientes artificiales. Además, entiendo que puede que traiga coronas temporales , que pueden salir fácilmente y que debo tener cuidado para asegurarse de que se mantienen hasta que se entreguen las coronas permanentes. Me doy cuenta de que la última oportunidad de hacer cambios en mi nueva corona , puente, o chapa (incluyendo la forma, forma, tamaño y color) será antes de la cementación . Se ha explicado que , en muy pocos casos , los procedimientos cosméticos o la corona puede resultar en la necesidad de que el futuro tratamiento del conducto radicular , que no siempre se puede predecir ni previsto. Yo entiendo que los procedimientos cosméticos pueden afectar a las superficies del diente y puede requerir la modificación de los procedimientos de limpieza diarios . También es mi responsabilidad de

devolver para la cementación permanente dentro de los 20 días después de la preparación del diente . Demoras excesivas pueden permitir la decadencia, el movimiento dental , enfermedad de las encías , y / o problemas de mordida . Esto puede requerir una nueva versión de la corona , puente, o chapa . Entiendo que habrá cargos adicionales por remakes u otro tratamiento debido a mi retrasar cementación permanente . Entiendo que la corona puede desaparecer superficie de masticación de los dientes que causan la reducción del tamaño del diente / los dientes opuestos . También entiendo que después de la colocación de la corona , siempre hay una posibilidad de que la estructura del diente dentro de la corona o de la propia corona puede quedar fracturado y puede requerir la sustitución de la corona o la extracción de dientes / dientes. (Iniciales) _____

9. DENTADURAS – TOTAL O PARCIAL

Me doy cuenta de que las dentaduras completas o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal y / o porcelana. Los problemas de usar los aparatos han sido explicados incluyendo aflojamiento , dolor y posible ruptura . Me doy cuenta de la última oportunidad de hacer cambios en mi nueva dentadura (incluyendo la forma, forma, tamaño , ubicación y color) serán los "dientes en cera " try -in visita. Las dentaduras inmediatas (colocación de prótesis inmediatamente después de extracciones) puede ser incómodo al principio . Las dentaduras inmediatas pueden requerir varios ajustes y rebasados . Un nuevo revestimiento permanente o un segundo conjunto de prótesis dentales serán necesarios más adelante . Esto no está incluido en la tarifa inicial de la dentadura . Entiendo que la mayoría de las prótesis requieren alineación aproximadamente de tres a doce meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en la tarifa inicial de la dentadura . Entiendo que es mi responsabilidad de devolver a la entrega de prótesis dentales . Entiendo que la falta a las citas de entrega puede dar lugar a prótesis dentales mal ajustadas . Si se requiere una nueva versión debido a mi retraso de más de 30 días, no habrá cargos adicionales. (Iniciales) _____

10. TRATAMIENTO ENDODONTICO (CANAL RAIZ)

Me doy cuenta de que no hay garantía de que el tratamiento de conducto salvará mi diente, que pueden ocurrir complicaciones del tratamiento y que, en ocasiones, el material del canal puede extenderse a través de la punta de la raíz, que no afecta necesariamente el éxito del tratamiento. El diente puede ser sensible durante el tratamiento e incluso siendo de curso por un tiempo después del tratamiento. Difícil de detectar la fractura de la raíz es una de las principales razones de los conductos radiculares fallan. Como los dientes con conductos radiculares son más frágiles que los demás dientes, una corona es necesario fortalecer y preservar el diente. Yo entiendo que los archivos de endodoncia y fresas son instrumentos muy finos y las tensiones pueden hacer que se separe durante el uso. Yo entiendo que los procedimientos quirúrgicos en ocasiones adicionales pueden ser necesarias después del tratamiento del conducto radicular (Apicectomía). Entiendo que el diente se puede perder, a pesar de todos los esfuerzos para salvarlo. (Iniciales) _____

11. TRATAMIENTO PERIODONTAL

Yo entiendo que tengo una enfermedad grave que causa inflamación de encías y / o la pérdida de hueso y que puede conducir a la pérdida de los dientes y / o condiciones sistémicas negativas (incluyendo la diabetes no controlada, enfermedad cardíaca y parto prematuro, etc). Planes de tratamiento alternativos han sido explicados, incluyendo la terapia no quirúrgica, el tratamiento antibiótico / antibióticos, cirugía de las encías, y / o extracciones. Entiendo que el éxito de cualquier tratamiento depende en parte de mis esfuerzos para cepillarse y usar el hilo dental todos los días, recibir limpiezas regulares según las indicaciones terapéuticas, seguir una dieta saludable, evitar el tabaco y seguir otras recomendaciones. Entiendo que el sangrado puede durar varias horas. En caso de que persistan, sobre todo si es grave en la naturaleza, debe recibir la atención y debe ser contactado con esta oficina. Entiendo que la enfermedad periodontal puede tener un efecto negativo en el futuro en el éxito a largo plazo de los trabajos de restauración dental. (Iniciales) _____

CONSENTIMIENTO: Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta, por lo tanto: feligreses acreditados no pueden garantizar adecuadamente los resultados. Reconozco que hay garantía o seguridad que han hecho nada respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizar. Entiendo que cada dentista es un profesional individual y de responsabilidad individual para el cuidado dental prestado a mí. También entiendo que ningún otro dentista que no sea el tratar dentista es responsable de mi tratamiento dental.

Firma: _____ Fecha: _____

Padre / Tutor / Firma del Paciente Representante: _____ Fecha: _____

Firma del Dentista: _____ Fecha: _____



Connect Family Dental

RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS Y FORMULARIO DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO ESCRITO

Yo, _____, he revisado / recibido una copia del Aviso
Nombre de Paciente

de **CONNECT FAMILY DENTAL** de prácticas de privacidad.
Nombre Práctica

Firma del Paciente / Padre / Tutor

Fecha

Para uso exclusivo de la oficina

Se intentó obtener la firma del paciente en el reconocimiento de este Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no pudo hacerlo por la documentación siguiente:

Fecha: _____

Iniciales: _____

Razon: _____