

.Consentimiento General

First Name - Patient

Last Name - Patient

Patient Date of Birth

Dentista que Asiste: Dr. Lago



1. Pinchazo de Aguja: Si a alguien se le atasca inadvertidamente con una aguja u otro instrumento filoso que se me haya usado, doy mi consentimiento para que se extraiga sangre para el análisis.
2. Medicamentos y medicamentos: Entiendo que los antibióticos, los anestésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas que causan enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos y / o shock anafiláctico (reacción alérgica grave).
3. Rellenos: Corona y conductos radiculares imprevistos: algunos dientes pueden necesitar un tratamiento de conducto incluso después de un simple llenado. Los rellenos y las coronas le quitan la estructura dental y un pequeño porcentaje de estos dientes termina necesitando un tratamiento de conducto después de que se realiza el llenado o la corona.
4. Los canales de raíz pueden fallar: los conductos de la raíz pueden fallar y pueden requerir un tratamiento adicional o especializado. El diente incluso puede tener que extraerse en algunos casos.
5. Coronas de porcelana, carillas, adhesivos y rellenos cosméticos: En raras ocasiones puede romperse o romperse en algún punto en el futuro. El paciente es responsable del pago de las reparaciones o nuevas versiones a menos que el médico determine que la restauración es defectuosa. Bella Sonrisa Dental solo coloca rellenos de composite, no amalgama (plateado). Si hay diferencias en la cobertura de su aseguradora con respecto a qué material en particular se utiliza, usted será responsable de la diferencia.
6. Tratamiento de encías y solicitud de solo una limpieza: Estoy de acuerdo en que si necesito un tratamiento de encías más intensivo, no insistiré en que simplemente me limpie regularmente (profilaxis). Todos los pacientes nuevos en nuestra práctica deben someterse a un examen dental completo con las radiografías que los acompañan.
7. Cambios en el plan de tratamiento: Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones encontradas al trabajar en los dientes que no se descubrieron durante el examen. Doy permiso al dentista para hacer todos los cambios y adiciones que sean necesarios.
8. Dentaduras: Me doy cuenta de que las dentaduras completas o parciales son artificiales y que la última oportunidad para realizar cambios en mi nueva dentadura (incluida la forma, el ajuste, el tamaño, la colocación y el color) será la visita de prueba "Teeth in Wax" . Entiendo que la mayoría de las dentaduras postizas requieren un rebase aproximadamente de 3 a 12 meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en la tarifa inicial de dentadura postiza.

Patient Consentimiento

No espero garantías en el cuidado dental. He leído este formulario y doy mi consentimiento para el tratamiento.

Print name

Signature

Clear