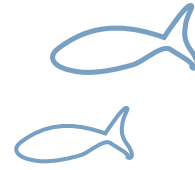


# Consentimiento de tratamiento



Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Medico tratante \_\_\_\_\_



## Rellenos

diente #(s): \_\_\_\_\_

y cualquier otra que el Odontólogo considere necesaria durante el curso del tratamiento. Entiendo que se debe tener cuidado al masticar con rellenos, especialmente durante las primeras 24 horas, para evitar roturas. Entiendo que es posible que se requiera un empaste más extenso que el diagnosticado originalmente debido a caries adicionales. Entiendo que una sensibilidad significativa es un efecto secundario común de un empaste recién colocado. Si la sensibilidad continúa, entiendo que es posible que se necesite un tratamiento de conducto por un cargo adicional, aunque el diente no haya dolido antes de colocar el empaste.



## Terapia pulpar/ Endodoncia/ Tratamiento de endodoncia

diente #(s): \_\_\_\_\_

y cualquier otra que el Odontólogo considere necesaria durante el curso del tratamiento. Entiendo que no hay garantía de que el tratamiento de pulpotomía salve el diente de mi hijo y que pueden surgir complicaciones a causa del tratamiento: el material de relleno del conducto radicular puede extenderse a través del diente (lo que no necesariamente afectará el éxito del tratamiento) y las limas e instrumentos de endodoncia. puede separarse durante el uso. Entiendo que ocasionalmente pueden ser necesarios procedimientos quirúrgicos adicionales después del tratamiento de conducto y que dicho tratamiento adicional tendrá un costo adicional para mí.



## Coronas

diente #(s): \_\_\_\_\_

y cualquier otra que el Odontólogo considere necesaria durante el curso del tratamiento. Cuando un diente está dañado por caries y el empaste no será efectivo, se puede colocar una corona. Las coronas pediátricas pueden ser de color plateado o blanco. Los dientes posteriores (detrás) son de plata y están hechos de acero inoxidable. Los dientes anteriores (dientes frontales) son blancos y están hechos de relleno compuesto. Entiendo que a veces no es posible hacer coincidir el color de los dientes artificiales con el de los dientes naturales de mi hijo. Me doy cuenta de que la última oportunidad para hacer cambios en la corona de mi hijo es antes de la cementación permanente. También entiendo que después de la colocación de una restauración temporal o permanente, el diente de mi hijo puede estar temporalmente dolorido o incómodo. Ocasionalmente, la pulpa (tejido nervioso) puede estar irritada por el proceso de preparación o por un traumatismo o caries previos. Esto puede hacer que el diente sea extremadamente sensible. Entiendo que, si esto persiste, puede ser necesaria una terapia de endodoncia o extracción por un cargo adicional.



## Extracciones/Extracción de dientes

diente #(s): \_\_\_\_\_

y cualquier otra que el Odontólogo considere necesaria en el transcurso del tratamiento. Los riesgos, beneficios y alternativas al tratamiento han sido discutidos por el dentista antes del procedimiento. Se me han explicado en detalle las alternativas, si corresponde, a la extracción de los dientes de mi hijo (pulpotomía o "terapia de canal de raíz de bebé" y coronas) y he optado por la extracción. Entiendo que la extracción de dientes no siempre elimina toda la infección, si está presente, y puede ser necesario un tratamiento adicional. Entiendo los siguientes riesgos asociados con la extracción de dientes: dolor, propagación de infecciones, alveolitis seca, hinchazón, daño a los dientes cercanos, mandíbula fracturada, pérdida de sensibilidad en mis dientes, labios, lengua y tejido circundante que puede durar por un período indefinido de tiempo. Entiendo que mi hijo puede necesitar tratamiento adicional, cuyo costo es mi responsabilidad.



### Selladores

diente #(s): \_\_\_\_\_

Los selladores son una resina plástica que fluye y se adhiere a los surcos naturales que se encuentran en las superficies de masticación de los dientes permanentes premolares y molares. Este procedimiento ayuda a prevenir la aparición de caries en las fosas y fisuras de la superficie de masticación de los dientes posteriores. En ocasiones, el dentista puede recomendar “abrir y sellar” las ranuras. Esto ocurre cuando ya hay manchas o el inicio de una caries. Se espera limpiar la ranura y colocar un sellador preventivo. Sin embargo, en ocasiones, la tinción es más profunda de lo esperado y puede requerir un empaste para restaurar adecuadamente el diente.



### Óxido nitroso

El óxido nitroso/oxígeno (gas hilarante) se usa para respirar durante el tratamiento dental para ayudar a reducir el miedo y la aprensión. El óxido nitroso/oxígeno es una mezcla de dos gases: oxígeno y óxido nitroso. Cuando se inhala, es absorbido por el cuerpo y tiene un efecto calmante. La respiración normal elimina el óxido nitroso/oxígeno del cuerpo. Al respirar óxido nitroso/oxígeno, su hijo percibirá un aroma dulce y agradable y experimentará una sensación de bienestar. Si a su hijo le preocupan las imágenes, los sonidos o las sensaciones del tratamiento dental, es posible que responda de manera más positiva con el uso de óxido nitroso/oxígeno. El óxido nitroso/oxígeno es muy seguro, quizás el sedante más seguro en odontología. No es adictivo. Es suave, fácil de tomar y rápidamente eliminado por el cuerpo. Su hijo permanece completamente consciente (mantiene todos los reflejos naturales) cuando respira óxido nitroso/oxígeno. Me han explicado completamente el uso de óxido nitroso/oxígeno, así como cualquier tratamiento dental necesario. Le he dado al dentista una revisión completa del historial médico de mi hijo. Doy mi consentimiento para el tratamiento de mi hijo como se explicó anteriormente y todas mis preguntas han sido respondidas.

### Anestesia local

En relación con el tratamiento dental de mi hijo, se puede usar anestesia local. La anestesia local se usa comúnmente durante el tratamiento dental y las complicaciones son raras, pero a veces ocurren. Los riesgos que pueden estar asociados con la anestesia local incluyen mareos, náuseas, vómitos, frecuencia cardíaca acelerada, frecuencia cardíaca lenta o manejo médico adicional u hospitalización. Además, mi hijo puede experimentar una apertura de la boca restringida durante la recuperación, a veces relacionada con el dolor muscular en el lugar de la inyección que requiere fisioterapia. La anestesia local puede causar un entumecimiento prolongado que en algunos pacientes puede resultar en una lesión al morder o masticar un área (labio, mejilla o lengua) que ha recibido la anestesia local. La anestesia local puede causar lesiones en los nervios que pueden provocar dolor, entumecimiento, hormigueo u otras alteraciones sensoriales en el mentón, los labios, las mejillas, las encías o la lengua que pueden persistir durante varias semanas, meses o, en casos raros, pueden desaparecer permanente. La anestesia local se administra con una aguja muy fina. En raras ocasiones, estas agujas pueden romperse o separarse del centro y quedar atrapadas en el tejido blando.

### Cambios en el plan de tratamiento

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar procedimientos o agregar procedimientos debido a condiciones descubiertas mientras se trabajaba en los dientes que no se encontraron durante el examen. Entiendo que puede haber cambios imprevistos que pueden ocurrir durante el tratamiento. Entiendo que siempre que sea posible, se me informará de cualquier cambio de tratamiento con anticipación. Doy mi permiso al dentista para hacer todos los cambios y adiciones que sean necesarios.

### Drogas y medicamentos

Entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas. Las reacciones pueden causar enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos y/o shock anafiláctico. Le he dado al dentista una revisión completa del historial médico de mi hijo.

El/los procedimiento/s anterior/es me han sido completamente explicados. Doy mi consentimiento y autorizo el tratamiento de mi hijo como se explicó anteriormente. Entiendo que no ha habido ninguna garantía o garantía por parte de nadie con respecto al tratamiento dental que he autorizado. Al firmar a continuación, confirmo que he leído las secciones anteriores y comprendo el tratamiento que se llevará a cabo, así como los riesgos, beneficios, opciones alternativas de tratamiento y consentimiento para el tratamiento descrito. El dentista ha revisado todas las opciones de tratamiento conmigo y todas mis preguntas han sido respondidas.

\_\_\_\_\_  
Padre/Tutor - imprimir

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Proveedor - imprimir

\_\_\_\_\_  
Proveedor - firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo - imprimir

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha