



AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO DENTAL

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA ____/____/____

1. **TRATAMIENTO A REALIZAR**

Autorizo para que se realice el siguiente tratamiento dental: Limpieza ____ Rellenos ____ Extracciones ____ Coronas ____ Puente Fijo ____ Dentadura ____ Puente Removible ____ Cirugía ____ Tratamiento Periodontal ____ Endodoncia ____ Pulpotomía ____ Premedicación ____ Mantenedor de Espacio ____ Parcial Pediátrico ____ Otro ____

2. **MEDICAMENTOS**

Estoy enterado(a) que los antibióticos y analgésicos u otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas como son enrojecimiento e inflamación de los tejidos, dolor, comezón, vomito, y/o reacción anafiláctica (severa reacción alérgica).

3. **CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO**

Estoy enterado(a) que durante el tratamiento podría ser necesario cambiar los procedimientos debido a las condiciones encontradas mientras se realiza el mismo. Doy mi autorización al dentista para hacer los cambios necesarios. (iniciales) _____

4. **EXTRACCIONES DENTALES**

Las alternativas de tratamiento me han sido explicadas (endodoncia, coronas, tratamiento parodontal, etc.) y autorizo al dentista para extraer los siguientes dientes _____

Estoy enterado(a) que la extracción dental no siempre termina con la infección; si existe, y puede ser necesario tener algún otro tratamiento. Entiendo que existen riesgos involucrados con la extracción dental como son dolor, inflamación, diseminación de la infección, alveolo seco, pérdida de la sensibilidad en dientes, labios, lengua y tejidos adyacentes (parestesia) que puede durar por un periodo indefinido (días o meses), o fractura de la mandíbula. Entiendo que podría llegar a requerir tratamiento por un especialista o incluso hospitalización si surgiera alguna complicación durante o después del tratamiento.

5. **ANESTESIA**

Estoy enterado(a) que puede haber riesgos al recibir anestesia como son: malestar estomacal, mareo, vomito, reacciones adversas por otros medicamentos que pueden causar arresto cardiaco y aborto.

6. **CORONAS Y PUENTES FIJOS**

Estoy enterado(a) que algunas veces no es posible igualar el color de los dientes naturales al ser remplazados con dientes artificiales. También entiendo que estaré usando coronas temporales, las cuales podrían caerse y por lo tanto tengo que ser cuidadoso(a) hasta que tenga las coronas o puentes permanentes.

7. **DENTADURAS O PUENTES REMOVIBLES**

Estoy enterado(a) que las dentaduras y los puentes removibles están contruidos de materiales artificiales como son: metales, plásticos, y/o porcelana. Puede haber necesidad de un rebase debido a aflojamiento o rotura de material.

8. **ENDODONCIA (TRATAMIENTO DEL NERVI0)**

Entiendo que no hay una seguridad o garantía que el tratamiento endodontico salvara mis dientes, también se que se usaran instrumentos y se cementaran materiales dentales dentro de la raíz del diente.

9. **TRATAMIENTO PARODONTAL (ENCIAS Y HUESO)**

Estoy enterado(a) que padezco una seria condición que provoca inflamación de las encías y alteración y/o pérdida de huesos, la cual puede conducir a la pérdida de los dientes y otras complicaciones. Las alternativas del tratamiento me han sido explicadas; esto incluye: cirugía de las encías y/o huesos, extracciones, injertos, etc. Entiendo que aunque estos tratamientos sean exitosos, no existe la garantía y ocasionalmente, los dientes tratados pueden necesitar extracción. (iniciales) _____

10. **OBTURACIONES (RELLENOS) DE AMALGAMA Y RESINAS COSMETICAS (BONDING)**

Me han explicado que el uso de amalgama de plata es un procedimiento aceptado por la Asociación Dental Americana (ADA); también estoy enterado(a) que las resinas cosméticas (bondings) son materiales muy delicados que pueden sufrir decoloración, fractura, o deterioro, y que pueden causar un aumento en la sensibilidad de los dientes y que pueden requerir un remplazo tarde o temprano. (Iniciales) _____

Autorizo y pido al dentista y su equipo de trabajo que realicen el tratamiento indicado para mejorar mi apariencia, funcionamiento, y salud dental, como me fue explicado anteriormente. También autorizo al dentista y su equipo que realicen cualquier procedimiento de resucitación o primeros auxilios en caso de una emergencia.

Estoy enterado(a) que es mi responsabilidad informar al dentista si estoy teniendo problemas durante o después del tratamiento dental así como en este momento estoy bajo tratamiento médico.

YO HE LEIDO Y ENTENDIDO LA AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DENTAL Y ESTOY DE ACUERDO CON EL TRATAMIENTO A SEGUIR.

Firma _____ Fecha ____/____/____
Paciente/Persona Responsable M D A