

## CONSENTIMIENTO

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE LA HISTORIA MÉDICA Y CONSENTIMIENTO PARA PROCEDER:** Yo certifico que las respuestas al cuestionario médico son correctas y verídicas a mi conocimiento. Porque un cambio en la historia médica ó medicamentos puede afectar mi tratamiento dental, yo comprendo la importancia y estoy de acuerdo en notificar al dentista de cualquier cambio después de mi cita inicial.

Yo autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ y sus asociados, asistentes como él indique para llevar a cabo los procedimientos que sean necesarios ó recomendados para mantener mi salud dental ó la salud dental del menor ú otro individuo por el cual yo soy responsable. Incluyendo el arreglo y la administración de un sedante (incluyendo el óxido nítrico), analgésico, agentes farmacéuticos ó terapéuticos, que estén relacionados con el tratamiento de restauración, alivio, terapia y cirugía.

Yo entiendo que la administración de anestesia local puede causar una reacción indeseada ó un efecto secundario, que puede incluir pero no está limitado a: dolor muscular, moretones, estimulación cardíaca, y en raras ocasiones, adormecimiento temporal ó permanente. Yo comprendo que es posible que una aguja se quiebre durante la administración de la anestesia local y que sería necesario realizar una cirugía para removerla.

Voluntariamente asumo cualquier y todos los riesgos, incluyendo el riesgo sustancial de daño serio, que este asociado con tratamientos de prevención y operación con la esperanza de obtener los mejores resultados posibles. Ya sea que obtengamos esos resultados ó no, para beneficiarme ó para beneficiar al menor/adulto bajo mi custodia. Yo admito que se me ha explicado la naturaleza y el propósito de los futuros procedimientos y que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_