

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 nitroso), 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.

Yo comprendo que como parte del tratamiento dental incluyendo procedimientos preventivos como limpiezas y tratamiento básico incluyendo empastes ó rellenos de cualquier clase. Los dientes pueden experimentar sensibilidad ó dolor durante y después del tratamiento.

Después de largos procedimientos dentales los músculos de su mandíbula pueden estar adoloridos y cansados. Las encías y los tejidos circundantes pueden ser lastimados ó cortados involuntariamente durante los procedimientos dentales de rutina y en algunas ocasiones es necesario suturar ó realizar tratamiento adicional.

Yo entiendo que como parte de mi tratamiento dental artículos pequeños como: coronas, instrumentos ó brocas pueden ser aspirados (inhalados en el sistema respiratorio) ó ingeridos (en el sistema digestivo).

Esta situación es inusual que pueden requerir que un médico ó el hospital tome una serie de radiografías.

Y en raras ocasiones es necesaria una exploración traqueal ú otros procedimientos para remover el artículo de una manera segura.

Comprendo que es mi responsabilidad informar al Dentista de cualquier medicamento de prescripción que yo tomo ó he tomado en el pasado por

Ejemplo: Phen Fen. Yo tambien entiendo que los medicamentos que son para la prevencion ó tratamiento de la osteoporosis como: Fosamax, Boniva o Actonel pueden resultar en complicaciones serias que evitan la curacion del hueso mandibular despues de una cirugía ó de extracciones dentales.

Voluntariamente asumo cualquier y todos los riesgos, incluyendo el riesgo sustancial de daño serio, que este asociado con tratamientos de prevencion y operacion 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: _____