

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDER

Yo doy autorización al Dr. Dowdle, Dr. Hess, Dr. Imam y a los asociados o asistentes que el haya designado para ejecutar tales procedimientos que hayan sido considerados necesarios o prudentes para mantener mi salud dental o la salud dental de cualquier menor u otro individuo por el cual yo sea responsable (guardián), incluyendo preparativos y/o administración de cualquier sedante (incluyendo óxido de nitroso), analgésicos, terapéutico y/u otros agentes farmacéuticos, incluyendo los relacionados a los reconstituyentes, paliativos, terapéuticos o tratamientos quirúrgicos.

Entiendo que la administración de anestesia local podría causar una reacción desfavorable o efectos secundarios los cuales podrían incluir, pero no se limitan a: magulladuras, hematomas, estimulación cardíaca, músculos adoloridos y temporalmente o escasamente entumecimiento permanente. Entiendo que ocasionalmente las agujas podrían quebrarse y necesitar operación quirúrgica. En ocasiones gotas de anestésico local pueden ponerse en contacto con los ojos y los tejidos faciales y causar irritación temporal.

Entiendo que como parte del tratamiento dental, incluyendo procedimientos preventivos como limpieza dental y odontología básica incluyendo rellenos de todo tipo, la dentadura podría quedar sensible o hasta posiblemente poco adolorida en los dos casos durante y después de completar el tratamiento.

Después de una cita prolongada los músculos de la mandíbula podrían quedar adoloridos y delicados. Manteniendo la boca abierta puede, en un paciente predispuesto, precipitar un trastorno de la ATM. Las encías y tejidos de alrededor podrían también estar sensibles o con dolor durante y/o después del tratamiento. Aunque no es común, es posible que la lengua, mejilla u otros tejidos orales sean accidentalmente ulcerados (cortados) durante los procedimientos dentales de rutina. En algunos casos suturas o tratamiento adicional podría ser requerido.

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente, guardian legal o agente autorizado del paciente)

Testigo: _____ Fecha: _____