



Consentimiento informado para la extracción dental

El Dr. _____ ha explicado los beneficios y el riesgo de la extracción dental a mí. Entiendo que la extracción quirúrgica puede ser necesaria. Se ha ofrecido la derivación a un especialista (cirujano oral).

Entiendo y acepto el tratamiento recomendado por el Dr. _____. Además
Comprendo que puede haber algunas complicaciones no deseadas, algunas de las cuales se enumeran a continuación. No

Se han hecho o implícitas garantías. El Dr. _____ ha discutido si o no el diente / dientes que él ha propuesto ser extraído se afecta a cualquier grado. Supongo que un diente impactado puede haber comenzado a estallar en la dirección equivocada y puede ser bloqueado completamente de la erupción por el hueso y los dientes adyacentes. Entiendo que permitir que los dientes impactados permanezcan puede resultar en infección y / o formación de quistes que pueden destruir hueso: dañar las raíces de los dientes adyacentes de la presión de los dientes / dientes malpostos; Y / o crear una trampa de alimentos que puede resultar en decaimiento. Me han explicado los tratamientos alternativos o la opción de no tratamiento. Comprendo el riesgo de no tener la extracción o extracciones realizadas, si el diente / los dientes están impactados, parcialmente impactados o no impactados en absoluto, incluyen, pero no se limitan a: infección, hinchazón, dolor, enfermedad periodontal, malocclusión, Y enfermedad sistémica. Todas mis preguntas han sido tratadas.

Se me han explicado los honorarios propuestos, al igual que los beneficios de seguro de terceros. Entiendo que los beneficios de terceros pueden ser diferentes a los discutidos por el Dr. _____, ya que no están bajo el control de esta oficina.

El riesgo de tratamiento / consecuencias no deseadas pueden ser (pero no se limitan a):

- Reacción a medicamentos / anestésico.
- Entumecimiento u hormigueo temporal o permanente del labio, la barbilla, la lengua u otras áreas.
- Sangrado después del tratamiento.
- Infección posterior al tratamiento.
- Hinchazón de los tejidos después del tratamiento.
- Los fragmentos de la raíz pueden romperse: pueden quedar en la mandíbula.
- Afectación sinusal cuando se extraen los dientes superiores, lo que puede requerir tratamiento adicional.
- La mandíbula o el hueso alveolar pueden fracturarse durante la extracción del diente, lo que puede requerir tratamiento adicional.
- La cicatrización puede demorarse y requerir tratamiento adicional, tal como para un casquillo seco.
- Sensibilidad, dolor.
- Daño a los dientes o restauraciones adyacentes.

LEÍ Y ENTIENDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y LA INFORMACIÓN QUE ME DA VERBALMENTE. POR MI FIRMA ABAJO, CONSIENTO EL TRATAMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO.

Firma paciente _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____