



Consentimiento para Recibir Servicios Dentales (Adultos)

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

N° de archivo médico: _____

Por la presente, autorizo y expreso mi aprobación para que los dentistas de Elica Health Centers (EHC) u otros auxiliares de su elección, a realizar el tratamiento dental o procedimiento(s) siguiente(s), incluido el uso de anestesia local cuando sea necesario o aconsejado, radiografías o ayudas diagnósticas:

- Limpieza de los dientes y aplicación de fluoruro tópico
- Tratamiento de dientes lesionados o enfermos o con restauraciones dentales (rellenos).
- Reemplazo de dientes perdidos con prótesis dentales (coronas, puentes, dentaduras removibles)
- Extracción de uno o más dientes, si es requerido.
- Tratamiento de los tejidos orales lesionados o enfermos (duros y/o blandos)
- Tratamiento de dientes amontonados o torcidos y/o anomalías orales de desarrollo y crecimiento
- Posponer o retrasar tratamiento en este momento

Entiendo que existen riesgos asociados con este tratamiento y por la presente, reconozco que me han explicado estos riesgos, he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del tratamiento, los riesgos asociados y entiendo plenamente lo que esto involucra.

También se me han explicado los métodos alternativos existentes, así como las ventajas y desventajas de cada uno. Se me ha informado que, aunque se esperan buenos resultados, no se puede predecir de forma precisa la posibilidad y la naturaleza de las complicaciones, por lo tanto, no se puede ofrecer ninguna garantía, expresa o implícita, con respecto a los resultados del tratamiento o la cura.

Reconozco que, durante el curso de este tratamiento, circunstancias inesperadas pueden necesitar procedimientos adicionales o diferentes a los que se ha discutido. Por la presente, autorizo y solicito la realización de procedimientos adicionales considerados necesarios o deseables para mi salud bucal y bienestar según el juicio profesional de los dentistas de EHC.

Entiendo que he sido informado que existen riesgos y complicaciones posibles asociados con la administración de anestesia local y los medicamentos. Entre ellos, los más comunes incluyen: hinchazón, sangrado, dolor, náusea, vómitos, hormigueo, entumecimiento de los labios, encías, cara o lengua, reacciones alérgicas, hematomas (sangrado o inflamación en el sitio de la inyección), desmayo, y el acto de morderse las mejillas y/o los labios resultando en la ulceración e infección de la mucosa oral. También entiendo que raramente existen riesgos potenciales, como reacciones desfavorables a medicamentos provocando el colapso cardiovascular y un paro respiratorio (interrupción de la respiración y función cardíaca) y la falta de oxígeno en el cerebro puede resultar en coma o la muerte.

Certifico que he recibido de Elica Health Centers una copia informativa de los "Datos sobre Materiales Dentales".

Firma del paciente/tutor legal: _____

Fecha: _____

Firma del dentista/proveedor: _____

Fecha: _____

Firma del testigo/traductor: _____

Fecha: _____