



CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS DENTALES (ADULTOS)

(ADULT CONSENT TO PERFORM DENTISTRY - SPANISH VERSION)

Nombre del Paciente (Patient's Name):	Fecha de Nacimiento (DOB):	MRN:

Por la presente autorizo y ordeno a los dentistas y auxiliares dentales de su elección de Elica Health Centers (EHC), a realizar los siguientes tratamientos dentales:

- El uso de radiografías (rayos X) o ayudas de diagnóstico necesarias para el examen dental.
- Limpieza de dientes, tratamiento con flúor, restauraciones dentales, prótesis dentales, procedimiento(s) de cirugía oral, tratamiento de tejidos duros y/o blandos y referencias para especialidades dentales.

Entiendo que existen riesgos involucrados en estos tratamientos. Me han explicado los riesgos, el tratamiento, los métodos de tratamiento alternativos, si los hubiera, y las ventajas y desventajas. Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre el tratamiento y los riesgos y que entiendo plenamente los mismos.

Estoy de acuerdo con el uso de anestesia local. Entiendo y me han informado que existen posibles riesgos y complicaciones asociados con la administración de anestesia local. Los más comunes son hinchazón, sangrado, dolor, náuseas, vómitos, hematomas, hormigueo y entumecimiento de los labios, encías, cara y lengua, reacciones alérgicas, hematoma (hinchazón o sangrado cerca del lugar de la inyección), desmayos, dolor de labios, y morderse las mejillas, lo que provoca ulceración e infección de la mucosa. También entiendo que existen riesgos potenciales poco frecuentes, como reacciones desfavorables a los medicamentos, colapso respiratorio y cardiovascular (detención de la respiración y función cardíaca) y falta de oxígeno al cerebro que podría provocar coma o muerte.

Entiendo que aunque se esperan buenos resultados, la posibilidad de complicaciones no se puede anticipar con precisión y no puede haber ninguna garantía, ya sea expresa o implícita, en cuanto a los resultados del tratamiento o la cura. Durante el tratamiento, circunstancias imprevistas pueden implicar procedimientos adicionales o diferentes a los comentados. Autorizo y solicito la realización de cualquier procedimiento adicional que se considere necesario o deseable para mi salud y bienestar bucal a criterio profesional de los dentistas de EHC.

Reconozco que he recibido de Elica Health Centers una copia de la **Hoja informativa sobre los materiales dentales**.

CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO COMPLETAMENTE ESTE DOCUMENTO Y TODAS MIS PREGUNTAS FUERON RESPONDIDAS.

Firma del Paciente / Tutor legal (Patient / Legal Guardian's Signature): _____ Date: _____

Firma del Dentista / Proveedor (Provider / Dentist's Signature): _____ Date: _____

Firma del Testigo / Traductor (Witness / Translator's Signature): _____ Date: _____