

ESPERANZA A. RODRIGUEZ, DDS PC
20406 WALTON AVE.
BRONX, NY 10468
718 364-7791

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

POR FAVOR LEA Y ESCRIBA LAS INICIALES DE SU NOMBRE EN CADA UNO DE LOS SIGUIENTES PARRAFOS.

NOMBRE DEL PACIENTE _____

RAZON POR LA VISITA HOY _____

1. TRATAMIENTO A HACERSE

Entiendo que me haran el siguiente tratamiento; Empaste__ Puentes__ Coronas__
Extraccion de dientes__ Extraccion de dientes Impactados__ Conducto radicular__ otro

Iniciales _____

2. FARMACOS V MEDICAMENTOS

Entiendo que los antibioticos y analgesicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alergicas causado el enrojecimientos e inflamacion de tejidos, dolor, comenzon, vomito y/o choque anafilactico(reaction alergica severa)

Iniciales _____

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede que sea necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentre mientras se da el tratamiento a mi dentadura que no hayan sido encontradas durante la examinacion, siendo lo mas comun la terapia de conducto radicular, seguido de procedimientos restaurativos rutinarios. Doy mi permiso al dentista para que haga cualquier/todos los cambios y anadiduras necesarias.

Iniciales _____

Entiendo que la odontologia no es una ciencia exacta y que, por lo tanto. Practicos acreditados no pueden garantizar resultados por completo. Reconozco que nadie me ha garantizado o asegurado nada respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas. Estoy satisfecho que me han respondido a las preguntas. Doy mi consentimiento para que se lleve a cabo el tratamiento propuesto.

Firma del paciente _____ **Fecha** _____

Firma del padre/tutor _____ **Fecha** _____