



Treatment Consent Form

Please read and initial the items checked below, and read and sign at the bottom of this form.

- 1.X-Rays (Radiographs, Panoramic & Periapical)** I understand that we will need to take new radiographs as a new patient, every 6 months, anytime there is any restorative work or treatment, and when the doctor deems necessary. [Initials _____]
- 2.Drugs and Medications** I understand that antibiotics and analgesics and other medications can cause allergic reactions causing redness and swelling of tissues, pain, itching, vomiting, and/or anaphylactic shock (severe allergic reaction). [Initials _____].
- 3.Changes in Treatment Plans** I understand that during treatment it may be necessary to change or add procedures because of conditions found while working on the teeth that were not discovered during the examination, the most common being root canal therapy following routine restorative procedures. I give my permission to the dentist to make any/all changes and additions as necessary [Initials _____].
- 4.Fillings (Restorative Work)** I understand that care must be exercised in chewing on fillings especially during the first 24 hours to avoid breakage. I understand that a more expensive filling that initially diagnosed may be required due to additional decay. I understand that significant sensitivity is a common after effect of a newly placed filling [Initials _____].
- 5.Removal (Extraction) of Teeth** Alternatives to removal have been explained to me (root canal therapy, crowns, and periodontal surgery, etc.) and I authorize the dentist to remove the following teeth and any others necessary for reasons in paragraph #3. I understand removing teeth does not always remove all the infection, if present, and it may be necessary to have further treatment. I understand the risks involved in having teeth removed, some of which are pain, swelling, spread of infection, dry socket, loss of feeling in my teeth, lips, tongue and surrounding tissue (Paresthesia) that can last for an indefinite period of time (days or months) or fractured jaw. I understand I may need further treatment by a specialist or even hospitalization if complications arise during or following treatment, the cost of which is my responsibility [Initials _____].
- 6.Crowns, Bridges & Caps** I understand that sometimes it is not possible to match the color of natural teeth exactly with artificial teeth. I further understand that I may be wearing temporary crowns, which may come off easily and that I must be careful to ensure that they are kept on until the permanent crowns are delivered. I realize the final opportunity to make changes in my new crown, bridge, or cap (including shape, fit, size and color) will be before cementation [Initials _____].
- 7.Dentures (Complete/Partial)** I realize that full or partial dentures are artificial, constructed of plastic, metal and/or porcelain. The problems of wearing these appliances have been explained to me, including looseness, soreness, and possible breakage. I realize the final opportunity to make changes in my new dentures (including shape, fit, size, placement, and color) will be the teeth "teeth in wax" ring in visit. I understand that most dentures require relining approximately three to twelve months after placement. The cost for this procedure is not included in the initial denture fees [Initials _____].
- 8.Root Canal Therapy (Endodontic Treatment)** I realize there is no guarantee that root canal treatment will save my tooth, and that occasionally metal objects are cemented in the tooth or extend through the root, which does not necessarily affect the success of treatment, I understand that occasionally additional surgical procedures may be necessary following root canal treatment (Apicoectomy) [Initials _____].
- 9.Deep Cleaning (Scaling & Root Planing/Bone & Tissue Loss) and Periodontal Treatment** I understand that periodontal procedures (treatment involving the gum tissues and other tissues supporting the teeth) include risks and possible unsuccessful results from such treatment. Even when the utmost care and diligence is exercised in the treatment of periodontal disease and associated conditions through scaling and root planning, risks and results associated with treatment include but are not limited to the following: Pain, Soreness, Sensitivity, slow or no response to treatment, excessive bleeding before, during or after treatment, recession of the gums or gum tissue, post treatment infection, loosening of the teeth, cracking or stretching of the lips, and the possibility of additional surgical treatment. I have been given the opportunity to ask questions regarding the nature and purpose of periodontal treatment and have received answers to my satisfaction. I voluntarily assume any and all known possible risks, including the risk of substantial harm, if any, which may be associated with any phase of this treatment in hopes of obtaining the desired results, which may or may not be achieved. No promises or guarantees have been made to me concerning my recovery and results of the treatment [Initials _____].
- 10.Denture Care** I understand the wearing of dentures is difficult. Sore spots, altered speech, and difficulty in eating are common problems. Immediate dentures (placement of dentures immediately following extractions) may be painful. Immediate dentures may require considerable adjusting and several relines. a permanent reline will be needed later. This is not included in the denture fee. I understand that it is my responsibility to return for the delivery of the dentures. I understand that failure to keep my delivery appointment may result in poorly fixed dentures. If a remake is required due to my delays of more than 30 days there will be additional charges [Initials _____].

I understand that dentistry is not an exact science and that, therefore, reputable practitioners cannot fully guarantee results.

I acknowledge that no guarantee has been made by anyone regarding the dental treatment which I have requested and authorized. I have had the opportunity to read this form and ask questions. My questions have been answered to my satisfaction. I consent to the proposed treatment.

Patient Name _____ DOB: _____

Signature of Patient _____ Date _____

If patient is a minor:

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____



Formulario de Consentimiento de Tratamiento Dental

Por favor, lea y escriba sus iniciales los artículos marcados a continuación , y leer y firmar en la parte inferior de este formulario.

- 1. Radiografías** Entiendo que tendremos que tomar nuevas radiografías como un nuevo paciente , cada 6 meses , cada vez que hay cualquier trabajo o tratamiento restaurador , y cuando lo estime necesario el médico [_____ Iniciales]
- 2. Drogas y Medicamentos** Entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando enrojecimiento e hinchazón de los tejidos , dolor, picazón , vómitos y / o shock anafiláctico (reacción alérgica grave). [_____ Iniciales]
- 3. Los Cambios en Los Planes de Tratamiento** Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentran mientras se trabaja en los dientes que no fueron descubiertos durante el examen, la terapia de conducto radicular ser más común después de los procedimientos de restauración de rutina. Doy mi permiso al dentista para hacer cualquier / todos los cambios y adiciones que sean necesarias [_____ Iniciales]
- 4. Empastes** Entiendo que se debe tener cuidado en la masticación en rellenos especialmente durante las primeras 24 horas para evitar que se rompan . Entiendo que un relleno más caro que inicialmente diagnosticada puede ser necesaria debido a la desintegración adicional. Entiendo que la sensibilidad significativo es un común después del efecto de un relleno recién colocado [_____ Iniciales]
- 5. Extracciones de Dientes** Las alternativas a la eliminación se han explicado a mí (tratamiento de conducto , coronas , y cirugía periodontal , etc.) y autorizo al dentista para eliminar los siguientes dientes y cualquier otro necesarias por razones del párrafo # 3 . Entiendo que quitando los dientes no siempre remueve toda la infección , si está presente, y puede ser necesario un tratamiento adicional . Entiendo los riesgos que implica una extracción de dientes , algunos de los cuales son dolor, inflamación , diseminación de la infección , la alveolitis seca , pérdida de sensibilidad en mis dientes , labios, lengua y tejido circundante (Parestesia) que pueden durar por un período indefinido de tiempo (días o meses) o la mandíbula fracturada . Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o incluso hospitalización si surge alguna complicación durante o después del tratamiento , el costo de que es mi responsabilidad [_____ Iniciales]
- 6. Coronas , Puentes, Y Coronas de Plata** Entiendo que a veces no es posible hacer coincidir el color de los dientes naturales exactamente con los dientes artificiales. Además, entiendo que puede que traiga coronas temporales que pueden caerse fácilmente y que debo tener cuidado para asegurarse de que se mantienen hasta que se entregan las coronas permanentes . i que la última oportunidad de hacer cambios en mi nueva corona, puente o cubierta (incluyendo forma , ajuste, tamaño y color) será antes de la cementación [_____ Iniciales]
- 7. Los Dentaduras** Me doy cuenta de que las dentaduras completas o parciales son artificiales , construidas de plástico, metal y/ o porcelana. Los problemas del uso de estos aparatos han sido explicados , incluyendo aflojamiento, dolor , y posible rotura. Me doy cuenta de la última oportunidad de hacer cambios en mi nueva dentadura postiza (incluyendo forma , ajuste, tamaño, ubicación y color) serán los dientes " los dientes en cera " tratar de visita. Entiendo que la mayoría de las dentaduras necesitar revisiones y cambios de aproximadamente tres a doce meses después de la colocación . El costo de este procedimiento no está incluido en las tarifas iniciales de la dentadura [_____ Iniciales]
- 8. Tratamiento Endodóncia** Me doy cuenta de que no hay garantía de que el tratamiento de conducto salvará mi diente , y que los objetos ocasionalmente metálicas están cementados en el diente o extenderse a través de la raíz , que no afecta necesariamente el éxito del tratamiento , entiendo que los procedimientos quirúrgicos adicionales pueden ser de vez en cuando necesarias después del tratamiento de conducto radicular (Apicectomía) [_____ Iniciales]
- 9. Limpieza Profunda , Escala de Los Dientes** Yo entiendo que los procedimientos periodontales (tratamiento que utilice los tejidos de las encías y otros tejidos de soporte de los dientes) incluyen riesgos y posibles resultados infructuosos de dicho tratamiento. Incluso cuando el máximo cuidado y diligencia se ejerce en el tratamiento de la enfermedad periodontal y condiciones a través de raspado y alisado radicular, riesgos y resultados asociados con el tratamiento incluyen asociados pero no se limitan a lo siguiente: Dolor, Dolor, sensibilidad, lenta o nula respuesta a tratamiento, sangrado excesivo antes, durante o después del tratamiento, la recesión de las encías o tejido de las encías, infecciones post-tratamiento, aflojamiento de los dientes, fisuras o estiramiento de los labios, y la posibilidad de tratamiento quirúrgico adicional. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de la naturaleza y finalidad del tratamiento periodontal y he recibido respuestas a mi satisfacción. Asumo voluntariamente todos los riesgos conocidos posibles, incluyendo el riesgo de daño sustancial, en su caso, que pueden estar asociados con cualquier fase o este tratamiento con la esperanza de obtener los resultados deseados, que pueden o no pueden conseguirse. No hay promesas o garantías se han hecho para mí en cuanto a mi recuperación y los resultados del tratamiento [_____ Iniciales]
- 10. Cuidado de Los Dentaduras** Entiendo que el uso de prótesis dentales es difícil. Puntos de dolor , alteración del habla y dificultad para comer son problemas comunes. Las dentaduras inmediatas (colocación de prótesis inmediatamente después de extracciones) pueden ser dolorosas . Las dentaduras inmediatas pueden requerir considerable en marcha y varios rebases , un rebase permanente será necesaria más adelante . Esto no está incluido en la tarifa de la dentadura . Entiendo que es mi responsabilidad regresar para la entrega de las prótesis dentales. Entiendo que el no mantener mi cita de entrega puede resultar en prótesis fija mal . Si se requiere una nueva versión debido a mis retrasos de más de 30 días habrá cargos adicionales [_____ Iniciales]

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que , por lo tanto , los profesionales de buena reputación no puede garantizar plenamente los resultados .

Reconozco que no es garantía se ha hecho nada respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado . He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas . Mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente . Doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto.

Nombre Del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Si el paciente es menor:

Firma del Padre / Guardián: _____ Fecha: _____