

Consentimiento para recibir servicios dentales

Name/DOB:

Esta información es proporcionada a usted por el Distrito de Salud del Sur de Nevada (SNHD, por sus siglas en inglés) para ayudarle a entender mejor las recomendaciones del tratamiento. Antes de dar su consentimiento para ser tratado, usted debe considerar cuidadosamente los beneficios y riesgos del plan de tratamiento recomendado. Al dar su consentimiento para recibir el tratamiento, usted reconoce su disposición para aceptar los riesgos conocidos y complicaciones. Es muy importante que usted proporcione a su proveedor dental la información correcta antes, durante, y después del tratamiento. Por favor solicite asistencia si tiene preguntas adicionales o necesita una explicación más detallada sobre la información que está a continuación.

Por favor lea y ponga sus iniciales en las declaraciones siguientes, y firme al final del formulario.

_____ Doy mi consentimiento para que un higienista dental de la clínica de salud pública lleve a cabo una revisión/asesoramiento dental para determinar un plan de cuidado de higiene dental para mi condición actual. Entiendo que la revisión/asesoramiento no reemplaza un examen dental completo, (incluyendo rayos X) llevado a cabo por un proveedor dental con licencia. Entiendo que yo debería hacerme un examen dental completo en mi dentista.

_____ Doy mi consentimiento para una evaluación de las encías y/o una limpieza dental profesional con instrumentos especializados para remover la placa dental, cálculos (sarro) y bacteria del diente, planificación de la raíz dental (alisar y linear el contorno de las superficies de la raíz) y remover cualquier tejido muerto para limpiar los espacios entre las encías. Entiendo que dependiendo de mi condición dental/médica actual o de los medicamentos que tomo, estos métodos por sí solos pueden no invertir los efectos de la enfermedad periodontal o prevenir problemas futuros. Entiendo que mientras sana el tejido de mis encías, puede que se encojan un poco, exponiendo un poco la superficie de la raíz provocando que los dientes sean más sensibles al calor/frío o que se aflojen. Entiendo que se llevará a cabo cualquier esfuerzo razonable para asegurar que mi condición sea tratada de la manera apropiada.

_____ Doy mi consentimiento para que me apliquen fluoruro para reducir el riesgo de caries dentales. La preparación de fluoruro que se utiliza tiene una concentración más fuerte que la que existe en las pastas de dientes/enjuagues bucales de fluoruro disponibles en los establecimientos comerciales. Los tratamientos profesionales de fluoruro son administrados en solución, gel, espuma o barniz. Después de la aplicación, rara vez hay inflamación en la boca o náusea en aquellas personas con estómagos sensibles.

_____ Los selladores dentales son una cobertura de plástico delgada que se aplican en las superficies donde el diente mastica para prevenir que la bacteria que provoca las caries se forme dentro de las ranuras naturales en los dientes. Entiendo que, aunque se utilizará cuidado y diligencia durante la aplicación, puede que haya resultados no exitosos y/o fallas en el sellador. Entiendo que el sellador puede aflojarse o separarse con el tiempo y puede que necesite volver a aplicarse. El tiempo de vida del sellador es incierto, y puede verse afectado por la fuerza que se utiliza al masticar, la dieta, y/o una higiene oral inadecuado. Aunque no es común, los productos que se utilizan durante el proceso de aplicación del sellador pueden tener una reacción en el tejido de la boca que puede incluir ardor, comezón, inflamación o enrojecimiento.

_____ Las limpiezas de rutina son importantes para controlar la bacteria que causa la enfermedad periodontal (encías). Entiendo que, si el cuidado de tratamiento continuo es interrumpido o suspendido, mi condición periodontal puede continuar empeorándose. Esto puede resultar en mayor inflamación e infección en el tejido de la encía, descomposición del diente, deterioro del hueso que está alrededor del diente, y eventualmente, la pérdida de los dientes.

Consentimiento para recibir servicios dentales

Name/DOB:

_____ Entiendo que puede que se aplique una anestesia local dependiendo de la sensibilidad en el(las) área(s) que será(n) tratada(s). Aunque no es común, estas anestесias pueden tener una reacción con el tejido incluyendo ardor, comezón, inflamación o enrojecimiento.

_____ Aunque el uso de anestesia local para controlar el dolor es un procedimiento seguro y bien establecido, pueden ocurrir reacciones adversas y complicaciones. Estas reacciones incluyen, pero no se limitan a lo siguiente: desmayo, palpitations cardiacas rápidas, hiperventilación, reacción tóxica o alérgica. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi proveedor dental de cualesquiera condiciones médicas preexistentes o medicamentos que puedan interactuar con la anestesia local. Entiendo que puede haber complicaciones provocadas por la inyección que incluyen, pero no se limitan a lo siguiente: adormecimiento, parestesia (daño temporal en los nervios), hematoma (moretón), trauma, y dolor. Entiendo que la anestesia local será administrada por un higienista dental de la clínica de salud pública bajo la supervisión de un dentista (DDS/DMD), médico (MD/DO) o asistente médico (PA-C).

_____ Entiendo que pueden ser aplicados productos profesionales en áreas sensibles en los dientes y/o encías para mejorar la sensación de incomodidad. Aunque usualmente los tratamientos son muy efectivos, más de un tratamiento puede ser necesario para mejorar la condición.

_____ Si aplica, doy consentimiento para el uso de herramientas y soluciones profesionales para ayudar con la limpieza de dentaduras artificiales y/o parciales. Yo notificaré al proveedor si mi protésico está dañado para que se lleven a cabo precauciones especiales para que no se dañe más.

_____ Entiendo que un miembro del equipo dental establecerá, y me enseñará, una rutina de cuidado en el hogar. El éxito del tratamiento depende de los esfuerzos realizados por mi parte para cepillarme, utilizar hilo dental, y llevar a cabo otros cuidados diarios, así como de recibir limpiezas profesionales como se me indique, seguir una dieta saludable, y evitar productos de tabaco o drogas.

Por favor firme a continuación:

Entiendo que nadie me ha dado garantías o la seguridad de que el tratamiento propuesto me curará o mejorará mi(s) condición(es) que están listado arriba. Al firmar a continuación, reconozco que he recibido la información adecuada acerca del tratamiento propuesto, y que entiendo esta información, y que todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

Firma del paciente/tutor: _____ **Fecha:** _____