



Consentimiento de Cuidado Dental General y Radiografía

Usted tiene el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento dental de su proveedor dental. Cuando un procedimiento o tratamiento requiere su consentimiento informado escrito específico, su proveedor de tratamiento dental conversará con usted para describir el riesgo y los beneficios del tratamiento recomendado, las alternativas razonables y sus riesgos y beneficios, también esta en su derecho de no seguir el tratamiento recomendado. También se le pedirá que firme un consentimiento informado para el formulario de tratamiento que documente esa discusión, y la información que recibió para tomar una decisión informada para aceptar o rechazar la atención dental.

Además de los procedimientos que requieren un consentimiento informado escrito individualizado específico, también vendrá a la oficina dental para enrutar la atención preventiva y el mantenimiento, incluidos los exámenes dentales, radiografías y profilaxis dental (limpieza). También la atención de rutina relacionada para la cual el consultorio dental no le pedirá que firme documentos de consentimiento informado por escrito individualizados cada vez que visite la oficina.

El propósito de este formulario es documentar su consentimiento continuo para el examen de rutina, los rayos X y la profilaxis (limpieza) cada vez que regrese para sus citas preventivas y de mantenimiento. Al firmar a continuación, usted autoriza a nuestra oficina para realizar uno o más de los siguientes, en cada visita al consultorio dental:

- Examen oral, diagnóstico y planificación de tratamiento
- Profilaxis dental (limpieza) e instrucciones de higiene oral
- Radiografías dentales

En el caso de que no desee volver a utilizar alguno de estos servicios, puede informarnos al momento de la cita. Tenga en cuenta que el diagnóstico completo y la planificación dentales pueden requerir uno o todos los servicios anteriores, y su decisión de no someterse a uno o más de estos servicios en el momento de cualquier cita puede impedir que el proveedor dental pueda identificar o diagnosticar por completo problemas dentales. Esto puede conducir, entre otras cosas, a un empeoramiento de las condiciones dentales, enfermedad periodontal (de las encías), pérdida de dientes e impacto negativo en la salud oral y médica en general.

Entiendo la recomendación de atención dental de rutina, cualquier costo involucrado, los riesgos y beneficios del tratamiento a someterse a el tratamiento. Asesoraré al dentista de inmediato si sufro alguna reacción alérgica o efectos secundarios negativos después de la atención dental. Se me han contestado todas mis preguntas y no se me ha dado ninguna garantía. Por este medio doy mi consentimiento para exámenes de rutina, radiografías y profilaxis en mis citas dentales.

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Firma de representante _____