

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESTAURACIONES, CORONAS Y PUENTES



Este es mi consentimiento para Dr. Vu

para realizar el siguiente tratamiento/ procedimiento: _____

Entiendo que el propósito del procedimiento es tratar y posiblemente corregir mi enfermedad oral / tejidos maxilofaciales. Me han informado que si esta afección persiste sin tratamiento, mi afección oral actual probablemente empeorará con el tiempo, y los riesgos para mi salud pueden incluir, entre otros, los siguientes: hinchazón, dolor, infección, caries, formación de quistes, maloclusión, supraerupción de dientes, pérdida prematura de dientes y / o pérdida prematura de hueso. Me han informado sobre posibles métodos alternativos de tratamiento, si los hay.

El médico me ha explicado que existen ciertos riesgos inherentes y potenciales en cualquier tratamiento o procedimiento (incluida la administración de cualquier anestesia local necesaria) que incluyen, entre otros:

- Incapacidad para combinar perfectamente el esmalte natural con la porcelana fusionada con el metal
- Decoloración del tejido de las encías.
- Lesión del nervio subyacente a los dientes que produce entumecimiento u hormigueo en el labio, el mentón, las encías, las mejillas, los dientes y / o la lengua en el lado operado: esto puede persistir durante varios días, semanas, meses o, en algunos casos, de forma permanente.
- Molestias postoperatorias e hinchazón que pueden persistir durante varios días.
- Estiramiento de las dos comisuras de la boca con grietas y hematomas resultantes.
- Sensibilidad a los dientes llenos / coronados que pueden necesitar terapia de conducto
- Hinchazón, hematomas y sangrado del tejido de las encías adyacentes.
- Incapacidad para eliminar espacios entre dientes

ENTIENDO QUE PARA ASEGURAR UN TRATAMIENTO EXITOSO CON CORONAS Y PUENTES, EL TRABAJO DEBE COMPLETARSE DE UNA MANERA OPORTUNA. NO SOMOS RESPONSABLES DEL TRABAJO DEL LABORATORIO NO ENTREGADO DENTRO DE LOS 90 DÍAS DE LA ÚLTIMA VISITA.

No se me ha brindado ninguna garantía de que el tratamiento propuesto será curativo y / o exitoso para mi completa satisfacción. Debido a las diferencias individuales de los pacientes, existe un riesgo de fracaso, recaída, retratamiento selectivo o empeoramiento de mi condición actual a pesar de la atención brindada. Sin embargo, es la opinión del médico que la terapia sería útil, y que un empeoramiento de mi condición ocurriría antes sin el tratamiento recomendado.

Reconozco que Dr. Yu o Dr. Ferguson o Near Me Dental no ejercen ningún derecho de control sobre los métodos, procedimientos, herramientas, instrumentos o ejecución de tratamiento dental del proveedor independiente contratado. Acepto que el proveedor contratado independiente es el único responsable de su propio diagnóstico y tratamiento del paciente en la medida en que reconozca que Dr. Yu o Dr. Ferguson o Near Me Dental no es responsable de ninguna de las prácticas, procedimientos, incluidos los procedimientos dentales del proveedor independiente contratado. pero no limitado al diagnóstico y tratamiento dental realizado en mí. Además, estoy de acuerdo en que eximiré a Dr. Yu o Dr. Ferguson o Near Me Dental de cualquier demanda, reclamo y causas de acción de cualquier asunto que pueda presentarse al Proveedor Contratado Independiente.

CERTIFICO QUE HE TENIDO UNA OPORTUNIDAD DE LEER Y COMPRENDER TOTALMENTE LOS TÉRMINOS Y PALABRAS DENTRO DEL CONSENTIMIENTO ANTERIOR A LA OPERACIÓN Y LA EXPLICACIÓN A QUE SE HIZO O HABLAR, Y QUE TODOS LOS ESPACIOS O DECLARACIONES QUE REQUIEREN INSERCIÓN O TERMINACIÓN FUERON LLENAS E INAPLICABLES SI ES UN PARAGRAFÍA. , FUERON FUERTES ANTES DE FIRMAR.

- También declaro que leo y escribo en inglés.

Patient Name: _____

Firma del (la) Paciente

Fecha
