

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO **LAKESIDE DENTAL**

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO DENTAL

FAMILY & COSMETIC DENTISTRY

Yo otorgo voluntariamente mi consentimiento para recibir exámenes, diagnóstico y tratamiento dental por parte del **Dr. Keith Egan, DDS, Lakeside Dental**, y cualquier dentista con licencia, higienista dental, asistente dental u otro miembro autorizado del personal clínico que participe en mi atención.

Autorizo al equipo dental a realizar los servicios dentales de rutina que se consideren necesarios o apropiados para mi diagnóstico, tratamiento y atención continua de la salud bucal, incluyendo, cuando corresponda:

- Exámenes dentales completos y limitados • Limpiezas dentales y atención preventiva
- Evaluaciones periodontales
- Radiografías dentales (rayos X), fotografías e imágenes digitales, incluyendo estudios CBCT cuando estén clínicamente indicados • Pruebas diagnósticas • Tratamientos con flúor • Selladores dentales • Anestesia local
- Óxido nitroso (cuando sea autorizado por separado, si corresponde)
- Colocación de restauraciones temporales o apósitos sedantes • Procedimientos restaurativos de rutina
- Tratamiento de emergencia necesario para aliviar el dolor, controlar una infección o prevenir una lesión adicional

Entiendo que pueden recomendarse tratamientos adicionales después de mi examen o conforme avance mi tratamiento.

RIESGOS DEL TRATAMIENTO DENTAL

Entiendo que todos los procedimientos dentales implican cierto grado de riesgo y que las complicaciones no siempre pueden predecirse. Los posibles riesgos pueden incluir, entre otros:

- Molestias temporales o prolongadas • Hinchazón • Moretones • Sangrado • Infección • Sensibilidad dental
- Dificultad temporal para masticar • Dolor o fatiga de los músculos de la mandíbula
- Agravamiento de los síntomas de la articulación temporomandibular (ATM)
- Reacciones alérgicas o adversas a medicamentos o materiales dentales
- Entumecimiento temporal o, en casos poco frecuentes, permanente asociado con la anestesia local
- Lesiones accidentales en los labios, la lengua, las mejillas u otros tejidos de la boca
- Rotura de instrumentos o materiales dentales
- Ingestión o aspiración de pequeños instrumentos o materiales dentales, lo que podría requerir una evaluación o tratamiento médico adicional

Aunque es poco frecuente, durante el tratamiento pueden descubrirse condiciones imprevistas que requieran modificar el procedimiento planificado o realizar tratamientos adicionales.

MEDICAMENTOS E HISTORIAL MÉDICO

Entiendo la importancia de proporcionar información médica completa y precisa, incluyendo:

- Medicamentos que tomo actualmente • Alergias • Condiciones médicas • Cirugías previas
- Estado de embarazo, cuando corresponda

Acepto informar a Lakeside Dental sobre cualquier cambio en mi estado de salud o en los medicamentos que esté tomando.

Entiendo que ciertos medicamentos, incluidos los **bisfosfonatos** y otros medicamentos utilizados para tratar la osteoporosis o ciertos tipos de cáncer, pueden aumentar el riesgo de complicaciones después de una cirugía oral o una extracción dental.

SIN GARANTÍA

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta.

Aunque se hará todo esfuerzo razonable para lograr un resultado exitoso, **no se ha ofrecido ni implícita ni explícitamente ninguna garantía respecto al resultado o la duración de cualquier tratamiento dental.**

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS

Entiendo que ciertos procedimientos, incluidos, entre otros, los implantes dentales, extracciones, tratamiento de conductos (endodoncia), cirugía periodontal, sedación intravenosa o por vía oral y otros tratamientos complejos, pueden requerir formularios separados de consentimiento informado en los que se describan los riesgos, beneficios, alternativas y resultados esperados específicos de dichos procedimientos.

PREGUNTAS

Certifico que:

- He tenido la oportunidad de hacer preguntas. • Mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.
- Entiendo la información que se me ha proporcionado.
- Otorgo voluntariamente mi consentimiento para el examen y tratamiento recomendados.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente (en letra de molde): _____

Nombre del Padre, Madre, Tutor Legal o Representante Personal (si corresponde): _____

Relación con el Paciente: _____

FIRMAS

Paciente / Padre, Madre / Tutor Legal / Representante Personal Firma: _____

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Testigo (Opcional) Firma: _____

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____