

## CONSENTIMIENTO PARA PROCEDER

Yo doy autorización al Dr. Dan Dowdle, y a los asociados o asistentes que el haya designado para ejecutar tales procedimientos que hayan sido considerados necesarios o prudentes para mantener mi salud dental o la salud dental de cualquier menor u otro individuo por el cual yo sea responsable (guardián), incluyendo preparativos y/o administración de cualquier sedante (incluyendo óxido de nitroso), analgésicos, terapéutico y/u otros agentes farmacéuticos, incluyendo los relacionados a los reconstituyentes, paliativos, terapéuticos o tratamientos quirúrgicos.

Entiendo que la administración de anestesia local podría causar una reacción desfavorable o efectos secundarios los cuales podrían incluir, pero no se limitan a: magulladuras, hematomas, estimulación cardiaca, músculos adoloridos y temporalmente o escasamente entumecimiento permanente. Entiendo que ocasionalmente las agujas podrían quebrarse y necesitar operación quirúrgica. En ocasiones gotas de anestésico local pueden ponerse en contacto con los ojos y los tejidos faciales y causar irritación temporal.

Entiendo que como parte del tratamiento dental, incluyendo procedimientos preventivos como limpieza dental y odontología básica incluyendo rellenos de todo tipo, la dentadura podría quedar sensible o hasta posiblemente poco adolorida en los dos casos durante y después de completar el tratamiento.

Después de una cita prolongada los músculos de la mandíbula podrían quedar adoloridos y delicados. Manteniendo la boca abierta puede, en un paciente predispuesto, precipitar un trastorno de la ATM. Las encías y tejidos de alrededor podrían también estar sensibles o con dolor durante y/o después del tratamiento. Aunque no es común, es posible que la lengua, mejilla u otros tejidos orales sean accidentalmente ulcerados (cortados) durante los procedimientos dentales de rutina. En algunos casos suturas o tratamiento adicional podría ser requerido.

Entiendo que como parte de los artículos del tratamiento dental incluyen pequeños instrumentos dentales que no se limitan en coronas, componentes de perforadora, etc., podrían ser inhalados hacia el sistema respiratorio o ser tragados. Esta situación inusual podría requerir una serie de rayos X tomados por un médico u hospital y podría en casos raros requerir una broncoscopia u otros procedimientos para asegurar el removimiento seguro.

Entiendo la necesidad de revelar al dentista todos los medicamentos de prescripción que actualmente se están tomando o que se han tomado en el pasado, tales como Phen-Fen. Yo entiendo que tomar la clase de medicamentos prescritos para la prevención de la osteoporosis, tales como Fosamax, Boniva o Actonel, puede resultar en complicaciones de no curación de los huesos de la mandíbula después de la cirugía oral o extracciones dentales(dientes/muelas).

Yo asumo voluntariamente cualquiera o todos los riesgos posibles si hubiera, incluyendo el riesgo de daños sustanciales y serios, si hubiera, sería asociado con prevención general y procedimiento del tratamiento operativo en espera de obtener los resultados deseados, los cuales podrían o no ser obtenidos para mi beneficio, el de mi hijo(a) menor o custodia . Yo entiendo la índole y el propósito de los procedimientos por efectuarse se me han explicado si fuera necesario y que yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
(Paciente, guardián legal o agente autorizado del paciente)

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_