

# Dr. Salman's Dental

Paciente: \_\_\_\_\_

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

## **1- Consentiento:**

Yo deseo que se me haga el siguiente trabajo: ( ) Obturaciones del Amalgama de Plata, ( ) Obturaciones este-  
cias, ( ) Extracciones o cirugía oral, ( ) Tratamiento Periodontal, ( ) Tratamiento de Nervio, ( ) Coronas, ( )  
Puentes, ( ) Placas Totales o Parciales, ( ) Profilaxis, ( ) Otro: \_\_\_\_\_

Iniciales: \_\_\_\_\_

## **2- Medicamentos Y Drogas:**

Tengo entendido que algunos Antibioticos, Analgesicos y otro tipo de Medicamentos pueden producir REAC-  
CIONES ALERGICAS tales como enrojecimiento de la piel e inflamacion de tejidos, dolor, comezon,  
vomito, shock anafilactico y muerte, por esto, es mi responsabilidad informar al dentista de cualquier problema  
de alergia que yo haya padecido.

Iniciales: \_\_\_\_\_

## **3- Cambios en el plan de tratamiento:**

Yo entiendo que durante mi tratamiento, puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos por condiciones  
encontradas durante el mismo y que no fueron descubiertas durante el examen inicial, por ejemplo: un trata-  
miento de nervio puedo ser necesario en un diente al cual se le habia diagnosticado una obturacion de amal-  
gama u durante el procedimiento, se encontro que el nervio ya estaba por la caries. Yo doy mi autorizacion  
para que el dentista haga los cambios que sean pertinentes, siempre y cuando se me informe de los mismos y  
de lo que tenga que pagar.

Iniciales: \_\_\_\_\_

## **4- Extracciones:**

Se me ha informado de las alternativas que existen para evitar extracciones innecesarias, tales como trata-  
mientos de nervio, poste y reconstruccion, coronas, tratamientos peridontales, etc. y doy mi consentimiento  
para que se me extraigan los siguientes dientes: \_\_\_\_\_ ya sea porque no tengo interes en  
salvarlos o por razones explicadas en cambios en el plan de tratamiento, tambien se me explico que despues  
de la extraccion pueden continuar la infeccion y el dolor, y que puedo ser necesario otro tipo de tratamiento,  
por consiguiente, entiendo que puede haber complicaciones durante o despues de las extracciones, ejemplo:  
dolor, inflamacion, fracturas, alveolo seco, perdida de la sensibilidad (que puedo ser por tiempo indefinido), y  
que en caso que fuera necesaria la intervencion de un especialista, el costos es responsabilidad mia.

Iniciales: \_\_\_\_\_

## **5- Tratamientos de nervio:**

Estoy consciente de que no se garantiza el resultado de los tratamietos de nervio, este tratamiento se practica  
con la finalidad de salvar im diente, pero pudiera ser que no diera resultado siendo necesaria la extraccion de  
el diente que se este tratando. Tambien pueden ocurrir accidentes y complicaciones durante el tratamiento que  
hagan necesaria la intervencion de un especialista y que yo soy responsable de pagar por sus servicios o por  
cualquier procedimiento que sea necesario a consecuencia de los antes dicho.

Iniciales: \_\_\_\_\_