

Camino Dental Group

1328 W. El Camino Real, Mountain View CA 94040. Tel. (650) 962-8773 Fax. (650) 962-8464

Nombre paciente _____

Lea por favor e inicie los artículos verificado abajo, y lea y firme la sección en el fondo de la forma.

1. EL TRABAJO para SER HECHO

Comprendo que el médico recomendó el tratamiento siguiente:

(Initials _____)

2. DRUGS AND MEDICATIONS

Comprendo que anestésicos locales, los antibióticos, analgésicos y otras medicinas pueden causar las reacciones alérgicas que causa que la rojez e hinchase de tejidos, aflige, picar, vomitando, y/o el golpe anafiláctico (la reacción alérgica severa).

(Initials _____)

3. CHANGES IN TREATMENT PLAN

Comprendo que durante el tratamiento puedo ser necesario para cambiar o agregar los procedimientos a causa de la condición encontrada al trabajar en los dientes que no fue descubierto durante examen, el más común que es la terapia de canal de raíz que sigue el aumento reconstituyente rutinario del procedimiento y la corona durante la preparación de corona. Yo Le doy mi permiso al Dentista a hacer los cambios de cualquier/todo y adiciones como sea necesario.

(Initials _____)

4. EXTRACTION (REMOVAL OF TEETH)

Las alternativas a la extracción han sido explicadas a mí (la terapia de canal de raíz, las coronas, y la cirugía periodontal, etc.) y autoricé al dentista a quitar el diente siguiente # _____ y cualquier otros necesario. Comprendo que eso quitando dientes no siempre quita toda la infección, si presente, y puede ser necesario para tener el tratamiento adicional. Comprendo que los riesgos implicados en tener dientes quitaron, algunos de los cuales es el dolor, hinchándose, la extensión de la infección, seca el enchufe, la pérdida del sentimiento en los dientes, los labios, la lengua y el tejido circundante (paresthesia) eso puede durar por un espacio de tiempo indefinido (días o meses), o se fracturó mandíbula. Comprendo que puedo necesitar el tratamiento adicional por un especialista o aún hospitalización si las complicaciones surgen durante o el tratamiento siguiente, el costo de que es mi responsabilidad. Después de que la extracción, pueda ser necesario para reemplazar diente/dientes perdidos para prevenir llevar o cambiar de otros dientes que tienen como resultado los problemas mordaces.

(Initials _____)

5. CROWNS, BRIDGES, VENEERS, INLAYS, ONLAYS

Comprendo que a veces no soy posible emparejar el color de los dientes naturales exactamente con dientes artificiales. Comprendo que puedo estar llevando coronas temporarias, que pueden soltar fácilmente y que debo tener cuidado de asegurar que ellos sean mantenidos en hasta que las permanentes coronas sean entregadas. Es mi responsabilidad de volver para permanente cementación dentro de 20 días de la preparación de diente, como las demoras de tiempo pueden tener en cuenta el movimiento de diente, que puede necesitar una nueva versión de la corona, el puente o la tapa. Yo también comprendo que durante procedimientos reconstituyentes como coronas o puentes, aumento adicional de tratamiento como corona puede llegar a ser necesario cuando el Dentista ha determinado que la estructura de diente es insuficiente apoyar una corona. Yo quizás experimente la sensibilidad posoperativa temporaria al frío, caliente o morder después de preparación de diente. Si la sensibilidad no se resuelve, yo quizás tenga el daño irrevocable de nervio ni herida que requieren el tratamiento adicional como terapia de canal de raíz. Tengo la oportunidad final para hacer los cambios en mi nueva corona, en el puente, o en la tapa (inclusive la forma, queda, el tamaño, y el color) antes de la cementación. Comprendo que soy importante tener la higiene oral buena para prevenir la enfermedad del decaimiento o la goma, que podría llevar a fracaso de la restauración.

(Initials _____)

6. DENTURES, COMPLETE OR PARTIAL

Yo me doy cuenta de que dentaduras llenas o parciales son artificiales, construidas de plástico, del metal, y/o de porcelana. Los problemas de llevar estos aparatos han sido explicados a mí, inclusive mayoría del aparato, la trampa de alimento, la holgura, la dolencia, y la rotura posible. Yo me doy cuenta de que la oportunidad final hacer los cambios en mis nuevas dentaduras (inclusive la forma, queda, el tamaño, la colocación, y el color) estará durante el "dientes en la cera" la visita de trata-en. Comprendo que la mayoría de las dentaduras requieren la cambiar el forro aproximadamente tres a doce meses después de colocación inicial. El costo para este procedimiento no es incluido en el honorario inicial de dentadura.

(Initials _____)

7. ENDODONTIC TREATMENT (ROOT CANAL THERAPY)

El propósito de la terapia de canal de raíz es de quitar el tejido infectado de nervio, que ha sido herido o ha sido dañado por el decaimiento o el trauma. Yo no me doy cuenta de hay garantía que arraiga la terapia de canal guardará el diente, y que las complicaciones pueden ocurrir del tratamiento, y de eso ocasionalmente objetos de metal son cementados en el diente o prolongado por la raíz, que no afecta necesariamente el éxito del tratamiento. Comprendo que esos archivos de endodontic y los taladros son el presente muy finos de instrumentos y calcificación en dientes los puede causar que rompan durante el uso. Comprendo que los procedimientos quirúrgicos ocasionalmente adicionales pueden ser el tratamiento necesarios de canal de raíz de siguiente (apicoectomy). Después de que la terapia de canal de raíz, pueda ser necesario para restaurar el diente con una corona o la tapa para proteger el diente de la fractura.

(Initials _____)

8. PERIODONTAL DISEASE

Comprendo que esa enfermedad de goma es una condición grave, causando goma y el hueso que irrevocable daña y que puede llevar a la pérdida de los dientes. Los planes alternativos del tratamiento han sido explicados a mí, inclusive escalar y raíz que planean, engomo la cirugía, y/o las extracciones. Comprendo que esa terapia del mantenimiento después de que el tratamiento de goma sea importante y que soy responsable de mantener mis gomas y los dientes sanos en la base diaria prevenir la enfermedad de goma de volver a ocurrir.

(Initials _____)

Comprendo que esa odontología no es una ciencia exacta y eso, por lo tanto, facultativos acreditados no pueden garantizar completamente resultados. Reconozco que ninguna garantía ni la certeza han sido hechas por nadie considera el tratamiento dental, que he solicitado y he autorizado. He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas. Reconocí que he sido informado completamente de los riesgos y beneficios de los tratamientos propuestos, y mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Consiento al tratamiento propuesto.

La firma de Paciente/Guardián si paciente es un menor _____

Fecha _____