

Consentimiento Informado
Marieve O. Rodriguez, D.M.D
1021 Gilpin Avenue, Suite 200
Wilmington, DE 19806
(302) 655-5862

Consentimiento General para Tratamiento

Todo procedimiento dental y anestésico tiene sus riesgos asociados. Estos pueden incluir, pero no se limitan a:

- Reacción a medicamentos y efectos secundarios
- Daños a los dientes adyacentes y a los empastes
- Infección después de una operación
- Hemorragia post-operativa que puede exigir tratamiento adicional
- Curación tardía del area de extracción (alveolo seco) necesitando cuidado adicional
- Reacción del sinusitis durante la extracción de muelas superiores que puede exigir tratamiento adicional o reparación quirúrgica mas tarde
- Reacción de los nervios durante la extracción de dientes que resulta en un entumecimiento, u hormigueo, temporal o posiblemente permanente, del labio, la barbilla, la lengua, u otras áreas.
- Dolores, moretones, inflamación, o sensibilidad
- Fracaso del procedimiento dental que resulta en la necesidad de tratamiento adicional
- Rubtura de instrumentos dentístricos dentro de los canales dentales, exigiendo tratamiento adicional
- Complicaciones durante el tratamiento que exigen la derivación a un especialista

Entiendo el tratamiento recomendado para mis condiciones, los riesgos de tal tratamiento y cualesquier alternativas y riesgos, tanto como las consecuencias de no hacer nada. Me han explicado todos los costos involucrados también. Me han contestado todas mis preguntas y no me han ofrecido ninguna garantía.

Firma de el (la) paciente _____ Fecha _____

Testigo (a) _____ Fecha _____