



Centro de Servicios Primarios De Salud de Patillas Inc.
Calle Guillermo Riefkhol
Apartado 697
Patillas, PR 00723
Teléfono – (787) 839-4320



Consentimiento para procedimientos dentales

Nombre del Paciente: _____ Fecha Nacimiento: _____

Favor de leer cuidadosamente y firmar sus iniciales en el espacio provisto

1. Examen oral y rayos x y es necesario para evaluar la salud oral del paciente. Se requiere radiografías para completar el examen, diagnóstico y plan de tratamiento. Iniciales _____
2. Prophylaxis (limpieza): se realizará la remoción de placa dental y cálculo sobre la línea de la encía. Puede ocurrir sangrado y sensibilidad post-operatoria. Pacientes menores de 19 años recibirán tratamiento de fluoruro. Iniciales _____
3. Restauraciones: se realizará restauración en _____ amalgama _____ resina en el diente # _____ por el Dr. _____.

Riesgos más comunes al tratamiento y la anestesia.

- a) reacción alérgica al anestésico
- b) anestesia prolongada o permanente
- c) dolor y sensibilidad en el diente
- d) irritación al tejido nervioso
- e) dolor en la articulación TMJ

Riesgos de no efectuar el tratamiento.

- a) Dolor leve o severo
- b) Absceso dental
- c) Perdida del diente o muela
- d) Perdida de la estructura ósea

Iniciales _____

He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas con respecto al tratamiento propuesto. Doy mi consentimiento para que se lleve a cabo.

Firma

Fecha