

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DISEÑOS DE SONRISA

Ciudad: _____

Fecha: _____ / _____ / _____

Nombre Completo: _____

Edad : _____

Correo Electrónico: _____

Nro. Celular: _____

Por medio del presente documento otorgo en forma libre mi consentimiento a **Exclusive Dentistry Smile Center INC** y su personal (Profesionales, Auxiliares y Técnicos a practicar el o los siguientes tratamientos:

- ___ Diseño de sonrisa en resina directa
- ___ Diseño de sonrisa en resina indirecta

Certifico que se me ha explicado de forma clara, la naturaleza de mi diagnóstico, las opciones de tratamiento, los posibles riesgos generales, específicos o de aquellos Imprevisibles que por su misma característica no se pueden advertir razonablemente.

Entre otros, los riesgos de las carillas son los siguientes:

- Entiendo que preparar un diente para una carilla (meloplastía) consiste en eliminar el esmalte de la superficie del diente involucrado. Esta preparación puede irritar el tejido nervioso, dejando al diente sensible al calor, al frío o a la presión. Los dientes sensibles pueden requerir tratamiento adicional, incluido el tratamiento de endodoncia.
- Entiendo que las carillas pueden no igualar exactamente el color de mis otros dientes. También el color de la carilla no puede ser alterado una vez que ésta ha sido colocada.
- Entiendo que la carilla va a quedar cerca de la línea de mi encía, que es un área que tiende a la irritación, infección y/o deterioro.
- Entiendo que puedo recibir una anestesia local y/u otro medicamento. En raros casos los pacientes pueden presentar reacciones a la anestesia, que pueden requerir atención médica de emergencia, o pueden experimentar una reducción en su habilidad para tragar. La inyección, en casos muy raros, puede provocar daño temporal o permanente a los nervios.

- Entiendo que todos los medicamentos pueden presentar riesgos, efectos secundarios e interacciones con otros medicamentos. Por lo tanto, es fundamental que le informe a mi dentista sobre todos los medicamentos que estoy tomando actualmente, los cuales son:

ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO: Si _____ No _____

Si, cuáles? _____

- Entiendo que se hará todo esfuerzo razonable para asegurar el éxito de mi tratamiento.
- Entiendo que la fisionomía de cada persona es diferente, por lo tanto, el éxito del tratamiento puede ser diferente en todos los pacientes, aún si se usan los mismos insumos y protocolos.

Autorizo la examinación, radiografías, moldes, fotografías, videos y las pruebas de diagnóstico para el desarrollo de mi plan de tratamiento propuesto.

Declaro que la información suministrada al odontólogo(a), con respecto a las condiciones de mi salud son ciertas.

Me comprometo a seguir las recomendaciones de higiene y cuidados informados por el profesional de manera verbal y escrita, ya que, de no cumplirlas en su totalidad, se afectará el resultado exitoso del tratamiento.

Liberación: Comprendo que mi atención de salud dental no está bajo ninguna garantía explícita o implícita. Además, acuerdo liberar, eximir de responsabilidad y renunciar a todos los reclamos, pérdidas y daños resultantes de o relacionados al tratamiento.

- Entiendo que a pesar de que no es probable, las carillas pueden desprenderse y caerse. Para minimizar el riesgo de que esto debo tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO ÓPTIMO DE TU DISEÑO DE SONRISA

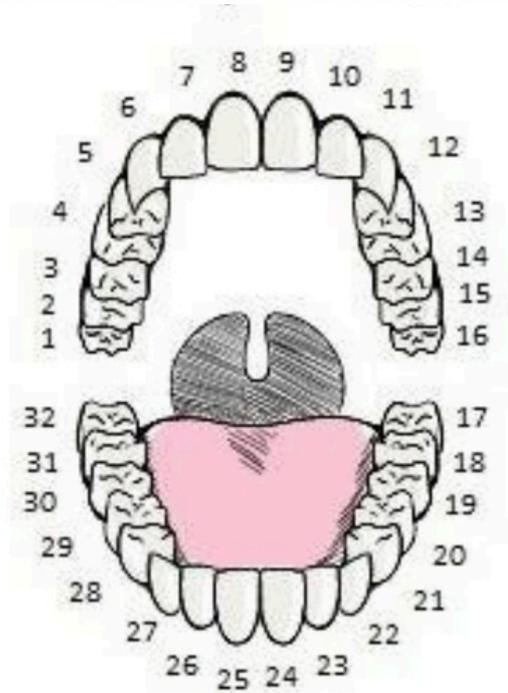
- Tu diseño tiene garantía de 8 días por fractura rápida o mala adhesión completa la carilla
- Máximo dos (2) reparaciones, después de este tiempo cualquier fractura o caída de la resina es debido a no cumplir estas recomendaciones.
- Algún cambio en tamaño, forma o color será tenido en cuenta cómo reparación y su costo será acordado nuevamente en consulta.
- No ingerir alimentos ni bebidas durante las dos horas siguientes al procedimiento y comidas blandas durante las primeras 24 horas.
- No comer alimentos crocantes como mentas, turrones, hielo, fritos, costilla etc. o alimentos de tamaño mayor como manzanas, para realizarlo sugerimos utilizar cuchillo y tenedor y morder con cuidado hacia los molares.
- Realizar una óptima higiene, además de utilizar seda dental con cera.
- No fumar o vapear.
- Realizar un mantenimiento de limpieza profunda brillo y desmanche mínimo cada 4 meses, o más tiempo si tu higiene y hábitos son los adecuados.
- No morder objetos como lapiceros, palitos etc ni nada que haga presión en los dientes.
- Tomar con pitillo, sorbete etc. o Enjuagar con agua después de realizarlo las bebidas oscuras como vino, café, Coca-Cola etc.
- No comerse las Uñas
- No utilizar piercing en la zona bucal
- Realizarse una placa protectora relajante para evitar el BRUXISMO (rechinar o movimiento involuntario de los dientes; generalmente en las noches) es opcional tiene un costo de \$200 Usd, se toman las impresiones con tu registro de mordida, se envía a laboratorio y después vienes por ella, aproximadamente 5 días después.

He leído y considerado cuidadosamente este consentimiento antes de aceptarlo con mi firma:

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____

Dentición Permanente



Odontograma e histórica clínica

Área reservada para el odontograma e historia clínica.