

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROSTETICOS DE LAS CORONAS Y LOS PUENTES

ENTENDIDO que el tratamiento de las condiciones dentales concerniente a las coronas y/o los puentes dentales incluyen ciertos riesgos y la posibilidad de resultados negativos. Por lo tanto, yo acepto estos riesgos reconociendo que el médico habrá tomado las precauciones necesarias respecto a las operaciones. Los riesgos que acepto, sin limitarse a, son los siguientes:

1. **Reduccion de la estructura del diente:** Para que reemplace un diente traumatado o deteriorado, es necesario que el diente o dientes esten modificados para que los puentes y/o coronas puedan quedar sobre ellos. Esto será hecho muy cuidadosamente.
2. **Sensibilidad de los dientes:** a veces, al terminar la operacion de los dientes para recibir los puentes y/o las coronas, los dientes puedan exhibir dolores moderados o es posible que sean dolores severos. Ahora, los dolores pueden durar poco o mucho tiempo. Si duran por mucho tiempo, es mejor que nos llame.
3. **Dientes coronados o estribados puedan requerir endodoncia:** Hay una posibilidad que despues de recibir las coronas, los dientes desarrollen una condicion conocida como pulpitis o degeneracion del pulpa. Por lo general no se puede determinar antes. Es posible que los dientes hayan sido traumatados en un accidente, deteriorados profundamente, u otras causas. En estos caso, muchos veces es necesario hacer el tratamiento de endodoncia. En el caso que esten adoloridos y sensibles por un largo periodo del tiempo despues de la operacion, puede ser necesario intentar un tratamiento de endodoncia. (En ocasiones muy raras, el diente no se sana y es necesario operar para adherir el diente o quizas quitarlo).
4. **Rompimiento:** Las coronas y los puentes se pueden fracturar o quebrar. Hay muchos factores que pueden contribuir al rompimiento de las coronas o puentes. Algunos de los factores pueden ser el masticar materia muy dura, cambios en las fuerzas del morder, o golpes a la boca. etc. Muchas veces roturas inobservables ocurren en las coronas por causa de los factores mencionados, pero no se rompen hasta que se come o mastique algo blando o solo se rompen aparentemente sin razón. Casi nunca se rompen por causa de mala contruccion o de materiales defectuosos. Pero si la contruccion o los materiales son defectuosos, el rompimiento ocurriria, poco tiempo después de la operacion.
5. **Un tacto que le molesta:** Esto puede ocurrir por la diferencia entre los dientes naturales y los reemplazos artificiales. Normalmente, un paciente se acostumbra a este tacto.
6. **El estetico y la apariencia:** Pacientes tendrán la oportunidad para observar la apariencia de las coronas o los puentes en sus bocas, antes que el doctor los selle. Si todo esta al gusto del paciente, la satisfacion estará reconocida por una firma que quedará en los archivos del paciente.
7. **Puede variar el tiempo que duran los puentes y las coronas:** Hay muchas variables que pueden determinar la longevidad de los puentes y las coronas. Algunas son las que ya precedieron en los párrafos anteriores. Otras pueden ser, la salud en general, el mantenimiento de la higiene oral, citas regulares al dentista, dieta, etc. Por lo tanto no puede ser garantías.
8. Es la respnsabilidad del paciente de buscar ayuda profesional si le pasa algo inesperado. Y el paciente debe de seguir diligentemente las instrucciones que les sean dadas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la naturaleza y propósito de los puentes y las coronas y se me has respondido satisfactoriamente. Voluntariamente me hago responsable por cualquier riesgo, incluyendo daños substanciales (si estos existen,) que sean asociados con cualquiera de las etapas de este tratamiento. Los resultados esperados pueden o no obtenerse. No se me ha hecho ninguna promesa con respecto a mi recuperacion o sobre los resultados que espero recibir. Se me ha informado de las cuatas que deberé pagar por los servicios recibidos y las he encontrado justas. Al firmar este documento, doy mi libre consentimiento para que El Doctor _____ y/o sus asociados me provean con los tratamientos necesarios o recomendables para mi problema dental, incluyendo anestésico y/o medicamentos.

Nombre del paciente
(escriba en letra de molde)

Firma del paciente, guardian legal, o
representante autorizado.

Fecha

Testido de firma.

Fecha