

## **ACEPTACION DE ANTECEDENTE MEDICO**

Certifico que las respuestas al Antecedente medico son correctas segun mi conocimiento. Puesto que un cambio de una condicion medica o medicamento puede afectar el tratamiento dental, yo entiendo la importancia de y concuerdo en notificar al dentista de cualquier cambio en cualquier cita dental proxima.

## **CONSENTIMIENTO PARA PROCEDER**

Doy autorización al Dr. Hill y/o los asociados o asistentes que el o ella haya designado para desempeñar tales procedimientos que hayan sido considerados necesarios o prudentes para mantener mi salud dental o la salud dental de cualquier menor u otro individuo por el cual yo sea responsable, incluyendo preparativos y/o administración de cualquier sedante (incluyendo óxido de nitroso), analgésicos, terapéutico y/o otros agentes farmacéuticos, incluyendo los relacionados a los reconstituyentes, paleativos, terapéuticos o tratamientos quirúrgicos.

Entiendo que la administración de anestesia local podría causar una reacción desfavorable o efectos secundarios los cuales podrían incluir, pero no se limitan a: magulladuras, hematomas, estimulación cardíaca, músculos adoloridos y temporamente o escasamente entumecimiento permanente. Entiendo que ocasionalmente las agujas podrían quebrarse y necesitar operación quirúrgica.

Entiendo que como parte del tratamiento dental, incluyendo procedimientos preventivos como limpieza dental y odontología básica incluyendo rellenos de todo tipo, la dentura podría quedar sensible o hasta posiblemente poco adolorida en los dos casos, durante y después de completar el tratamiento. Después de una cita prolongada los músculos de la mandíbula podrían quedar adoloridos y delicados. La encía y tejidos de alrededor podrían también estar sensibles o con dolor durante y/o después del tratamiento. Aunque no es común, es posible que la lengua, mejilla u otros tejidos orales sean accidentalmente ulcerados (cortados) durante los procedimientos dentales de rutina. En algunos casos suturas o tratamiento adicional podría ser requerido.

Entiendo que como parte de los artículos del tratamiento dental incluyen pequeños instrumentos dentales que no se limitan en coronas, componentes de perforadora, etc. podrían ser inhalados hacia el sistema respiratorio o ser tragados. Esta situación inusual podría requerir una serie de rayos X tomados por un médico u hospital y podría en raros casos requerir broncoscopia u otros procedimientos para asegurar la recuperación segura.

Asumo voluntariamente cualquier o todos los riesgos posibles, incluyendo el riesgo de daños sustancial y serios, si hubiera sería asociado con prevención general y procedimiento del tratamiento operativo en espera de obtener los resultados deseados, los cuales podrían o no ser obtenidos para mi beneficio o el de mi hijo menor. Entiendo que la índole y propósito de los procedimientos por efectuarse se me han explicado si fuese necesario y que yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, guardián legal o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo de firma

\_\_\_\_\_  
Fecha