

## CONSENTIMIENTO PARA PROCEDER

Yo autorizo al Dr. Dr. Petersen y/o asociados o asistentes los cuales sean designados a ejecutar los procedimientos que hayan sido considerados necesarios o recomendados para mantener mi salud dental o la salud dental de cualquier menor u otro individuo por el cual yo sea responsable. Incluyendo los preparativos y/o administracion de cualquier sedacion (incluyendo oxido nitroso), analgesicos, agentes terapeuticas y/o otros agentes farmaceuticos, incluyendo aquellos relacionados al tratamientos de: restauración, paleativo, terapeutico o quirurgico.

Yo entiendo que la administracion de anesteticos locales puede causar una reacción desagradable o efectos secundarios los cuales pueden incluir pero no estar limitados al amoretamiento, hematoma, estimulacion cardiaca, dolor en los musculos, y adormecimiento temporaria o raramente adormecimiento permanente. Yo entiendo que ocasionalmente las agujas pueden partirse y es necesario una operacion quirurjica. Ocasionalmente algunas gotas de anestesia pueden tocar los ojos y los tejidos de la cara y causar irritacion temporaria.

Yo entiendo que como parte del tratamiento dental, incluyendo procedimientos preventivos tales como limpiezas y odontologia basica incluyendo rellenos de todo tipo, los dientes pueden quedar sensibles o adoloridos durante y despues de completar el tratamiento. Materiales dentales y medicamentos pueden desencadenar reacciones alergicas o sensibilidad.

Despues de citas de larga duracion la mandibula y los musculos pueden estar adoloridos o sensibles. Mantener la boca abierta puede predisponer o precipitar un desorden temporomandibular. Encia y tejidos alrededor pueden estar sensibles o adoloridos durante y/o despues del tratamiento aunque es raro es posible que la lengua, mejillas y otros tejidos orales sean accidentalmente cortados o lacerados durante el procedimiento dental rutinario. En algunos casos suturas o tratamientos adicionales pueden ser requeridos. Yo entiendo que como parte del los articulos de tratamiento dental incluyendo pero no limitado a coronas, instrumentos pequenos, componentes de la pieza de mano, etc. pueden ser aspiradas (inhalada dentro del sistema respiratorio) o tragadas. Estas situaciones inusuales pueden requerir una serie de radiografias que van a ser tomadas por el medico o el hospital y puede en raros casos requerir una broncoscopia u otros procedimientos para asegurarse que sea seguramente removido.

Yo entiendo que nesecito revelar a el odontologo cualquier orden medica de medicamentos que este tomando actualmente o que halla tomado en el pasado, tales como Phen-fen. Yo entiendo que tomando los medicamentos para prevencion de la osteoporosis, tales como Fosamax, Boniva, o Actonel, puede resultar en complicaciones de sanamiento del hueso de la mandibula seguido de una cirujia oral o una extraccion de diente.

Yo asumo voluntariamente cualquiera y todo los riesgos posibles, incluyendo los riesgos de daños substanciales y lesiones serias, si cualquiera estuviera asociada con prevención general y procedimientos del tratamiento operativo en espera de obtener los resultados deseados los cuales pueden o no ser alcanzados para mi beneficio o el beneficio de mi hijo menor o tutelado. Yo entiendo que la indole y el proposito de los procedimientos me han sido explicados si fuese necesario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

---

Nombre del Paciente

---

Firma Paciente, Representante Legal o Guardian

---

Testigo

---

Fecha

---

Fecha