

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROTECTOR OCLUSAL
Rev. 03/2018

Entiendo que un protector oclusal podría minimizar los posibles efectos nocivos de los hábitos orales, incluyendo: dientes sensitivos, dientes desgastados, astillados o fracturados. También entiendo que el protector oclusal no evita que los malos hábitos sigan ocurriendo, sino que introduce un material protector entre mis dientes superiores e inferiores para minimizar el daño adicional, o los síntomas de estrés oclusal. Es solamente eficaz mientras se lleva puesto, y no ofrece ninguna protección cuando no se lleva.

He sido informado de que los síntomas que tengo actualmente podrían ser resultado de malos hábitos orales. Podría tener otras condiciones dentales y sistémicas que contribuyan a mis síntomas. Podría ser necesario evaluar otras posibles causas.

Entiendo completamente que un protector oclusal de diseño más sofisticado podría ser necesario en el futuro, dependiendo de mi respuesta y de la durabilidad del material en el tiempo, según mis propios hábitos orales.

He sido informado de que mi condición puede ser tratada a veces a corto plazo, o que podría requerir un tratamiento durante varios años, incluyendo tratamiento de ortodoncia, restauración con coronas, puentes, implantes o cirugía.

Duración/reemplazo. El protector oclusal podría requerir reemplazo si se pierde, se daña, se desgasta o si los dientes subyacentes se cambian (con nuevos empastes, coronas, puentes, etc.). Si el reemplazo fuera necesario, esto podría acarrear un nuevo costo.

PARA TODOS LOS PACIENTES

Entiendo que se hará cualquier esfuerzo razonable para asegurar el éxito de mi tratamiento. Entiendo además que cualquier persona y tratamiento son únicos y, por lo tanto, no se me han ofrecido ninguna garantía o certeza de que el tratamiento propuesto vaya a curar o mejorar las condiciones indicadas anteriormente.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre el protector oclusal y creo que tengo suficiente información para dar mi consentimiento tal como se refleja a continuación.

CONSENTIMIENTO

He sido informado, verbalmente y mediante la información contenida en este formulario, de los riesgos y beneficios, y de las alternativas del tratamiento propuesto. He sido informado, verbalmente y mediante la información contenida en este formulario, de los riesgos y beneficios de tratamientos alternativos y de elegir no tratar mi condición. Confirmando que he leído y entiendo la información descrita, que he entendido las



Family • Cosmetic • Sedation • Invisalign

explicaciones al respecto, y que mis preguntas han sido contestadas. Autorizo e instruyo al dentista a hacer lo que piense necesario y aconsejable, bajo las circunstancias. Consiento a someterme al tratamiento. Aunque el tratamiento pueda estar cubierto por mi seguro médico y/o dental, acepto cualquier responsabilidad financiera por este tratamiento y autorizo el tratamiento.

Si estoy firmando por un paciente menor de edad, confirmo que soy el padre/madre y/o el tutor legal del niño, o que tengo la autorización de los padres y/o tutores legales del menor (es necesario un formulario de autorización separado). Si estoy firmando por un adulto, confirmo que soy su tutor legal y que estoy autorizado a tomar decisiones médicas y económicas en nombre del paciente.

16160 Monterey Road, Morgan Hill, CA 95037

☎ (408) 782-6568

☎ (888) 503-6560

✉ info@stDental.com

🌐 www.stDental.com