

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO COSMÉTICO
Rev. 07/2019

El propósito de este consentimiento informado es dar la oportunidad a los pacientes (y a sus padres o tutores) de entender y dar su permiso para someterse a tratamiento cosmético dental electivo. Cada punto debería ser marcado cuando el paciente haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y hablar sobre el asunto.

1. Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento al Dr. Andrew Huang, a sus socios, a su equipo administrativo, a sus asistentes dentales y/o al personal que vaya a llevar a cabo el Plan de Tratamiento Cosmético (***tal y como se describe en el "Formulario de Tratamiento" que se me ha proporcionado.***)
2. Acepto y entiendo que este procedimiento estético ***es de naturaleza electiva y que no es un tratamiento para ninguna enfermedad dental.***
3. Acepto y entiendo que, aunque el Dr. Andrew Huang hará todos los esfuerzos posibles para mejorar mi sonrisa según mis deseos, existen limitaciones debido a la función, el color, la extensión de las manchas inherentes, la forma y/o la colocación de los dientes originales.
4. Acepto y entiendo que los resultados de los tratamientos cosméticos son subjetivos; por tanto, el resultado de mi Plan de Tratamiento Cosmético podría no dejarme completamente satisfecho.
5. Acepto y entiendo que las alternativas al Plan de Tratamiento Cosmético, que se me han explicado a fondo, incluyen entre otras:
 - a. Tratamiento ortodóntico
 - b. Remisión a un prostodoncista
 - c. Remisión a un especialista del sueño
 - d. No someterse al tratamiento.
6. ***Cada opción ha sido explicada en detalle, junto con sus beneficios, riesgos, ventajas, desventajas y costos aproximados.*** Acepto y entiendo que hay ***riesgos y limitaciones*** para todos los procedimientos. Para este tratamiento cosmético, estos riesgos y limitaciones incluyen, entre otros:
 - a. Dolor en la mandíbula.
 - b. Astillado de restauraciones
 - c. Cambio en el habla
 - d. Cambio en la apariencia
 - e. Necesidad de tratamiento electivo de conducto radicular (a un costo adicional)
 - f. Mostrar el color inherente con el tiempo.
 - g. Los cambios cosméticos son permanentes y, aunque se pueden cambiar de nuevo, no pueden volver a ser como eran originalmente.
7. He tenido la oportunidad **de discutir** el Plan de Tratamiento Cosmético, he tenido la oportunidad

16160 Monterey Road, Morgan Hill, CA 95037

☎ (408) 782-6568

☎ (888) 503-6560

✉ info@stDental.com

🌐 www.stDental.com

de hacer preguntas, y estoy completamente satisfecho con las respuestas que se me han dado.

8. Si durante el procedimiento se requiriera un cambio en el tratamiento, incluyendo *el abandono del plan de tratamiento original si es médicamente/ profesionalmente necesario*, autorizo al médico y al equipo operativo a realizar los cambios que consideren necesarios según su juicio profesional. Entiendo que tengo el derecho a designar al individuo que tome este tipo de decisiones.
9. Acepto y entiendo que, al igual que con cualquier procedimiento médico o dental, no hay garantías sobre la duración del trabajo realizado. También acepto y entiendo que el Plan de Tratamiento Cosmético no contiene ninguna garantía con respecto al fallo de la restauración y a la pérdida del diente debido a enfermedad.
10. Acepto y entiendo que juego un papel principal en el mantenimiento de mis dientes y sus restauraciones.
11. Accedo a mantener una correcta higiene oral y a someterme a chequeos dentales y citas de limpieza regulares con el Dr. Andrew Huang, al menos cada 6 meses.
12. Accedo a llevar mi protector nocturno todas las noches y a seguir las instrucciones que se me han dado.
13. Entiendo que se podrían hacer fotografías de los procedimientos y doy mi consentimiento para que se tomen esas fotografías, así como mi consentimiento para que se hagan fotografías de antes y de después. También entiendo y consiento que estas fotografías serán usadas para documentación interna, para diagnóstico y para planificación del tratamiento.

PARA TODOS LOS PACIENTES

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre el tratamiento cosmético 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 materiales de tratamientos alternativos y de elegir no tratar mi condición. Confirmando que he leído y entiendo la información descrita y que he entendido las 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. Doy mi consentimiento para recibir el tratamiento mencionado anteriormente. 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 autorizar el tratamiento.

Si estoy firmando por un paciente menor de edad, confirmo que soy el padre/madre y/o el tutor legal del

16160 Monterey Road, Morgan Hill, CA 95037

☎ (408) 782-6568 ☎ (888) 503-6560

✉ info@stDental.com 🌐 www.stDental.com



Santa Teresa

DENTAL

Family • Cosmetic • Sedation • Invisalign

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