

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AJUSTE OCLUSAL
Rev. 07/2019

El ajuste oclusal es una remodelación selectiva de las superficies de masticación de los dientes, con la intención de repositonar la mandíbula y aliviar el estrés muscular en los aparatos de suspensión de cabeza y cuello.

Yo, el que suscribe, he buscado o he sido referido al dentista antes mencionado para someterme a un ajuste oclusal, que entiendo es un medio de alterar las superficies de masticación de algunos o de todos mis dientes, de modo que cuando mis dientes se unen, las articulaciones temporomandibulares (articulaciones de la mandíbula) queden en una mejor posición anatómica. Entiendo completamente la importancia del historial que he facilitado al dentista y que, junto con el examen del dentista, indica que los síntomas que he relatado a mi dentista podrían ser mejorados.

Entiendo que el dentista no garantiza ningún resultado en particular de cambiar las superficies de masticación de mis dientes, y de hecho, el dentista me ha informado que existen posibles complicaciones que podrían ocurrir, a pesar de que el dentista haya llevado a cabo el procedimiento con habilidad y con cuidado. Estas complicaciones incluyen, entre otras, un empeoramiento de mi condición, la pérdida de una porción del esmalte dental; la posibilidad de que un diente o dientes no sean sólidos y requieran restauración, incluyendo el reemplazo de restauraciones existentes; la reconstrucción de un diente o dientes mediante la eliminación de cantidades adicionales de la estructura del diente y su sustitución por una corona, que podría conllevar un costo adicional; dolor en cara y en mandíbula; dificultad al masticar; dolor de articulaciones; y dientes sensibles.

Además, entiendo que es posible que se requieran servicios dentales adicionales en el futuro, como ajuste y tratamiento dental recomendado adicionales, según lo establecido en el plan de tratamiento presentado por el dentista, si se hubiera discutido y acordado uno. Además, entiendo que si se requiere un ajuste extensivo, podría causar algún cambio en la apariencia de los dientes y la boca, y una mayor sensibilidad a las temperaturas extremas. El dentista me ha explicado que existen otros enfoques para el ajuste oclusal, como la terapia con dispositivos oclusales, la ortodoncia, la odontología reconstructiva y la cirugía ortognática. Aunque se me han ofrecido estas opciones, después de haberme informado, he seleccionado someterme a un ajuste oclusal.

PARA TODOS LOS PACIENTES

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

16160 Monterey Road, Morgan Hill, CA 95037

☎ (408) 782-6568 ☎ (888) 503-6560

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



Family • Cosmetic • Sedation • Invisalign

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 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