

## Informed Consent for General Dental Procedures

You, the patient, have the right to accept or reject dental treatment recommended by your dentist. Prior to consenting to treatment, you should carefully consider the anticipated benefits and commonly known risks of the recommended procedure, alternative treatment, or the option of no treatment.

Do not consent to treatment unless and until you discuss potential benefits, risks, and complications with your dentist and all of your questions are answered. By consenting to the treatment, you are acknowledging your willingness to accept know risk and complications, no matter how slight the probability of occurrence.

It is very important that you provide your dentist with accurate information before, during, and after treatment. It is equally important that you follow your dentist's advice and recommendations regarding medication, pre and post treatment instructions, referrals to other dentist or specialists, and return for scheduled appointments. If you fail to follow the advice of your dentist, you may increase the chances of a poor outcome.

Please read and initial the items below and sign at the bottom of the form.

### 1. Treatment to be provided

I understand that during my course of treatment that the following care may be provided:

Examinations \_\_\_\_\_ Preventative Services \_\_\_\_\_ Restorations \_\_\_\_\_

Crowns \_\_\_\_\_ Bridges \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_ **Patient Initials** \_\_\_\_\_

### 2. Drugs and Medications

I understand that antibiotics, analgesics, and other medications can cause allergic reactions Causing redness and swelling of tissues; pain, itching, vomiting, and/or anaphylactic shock (Severe allergic reaction). **Patient initials** \_\_\_\_\_

### 3. Changes in Treatment Plan

I understand that during treatment it may be necessary to change or add procedures because of conditions found while working on the teeth that were not discovered during examination, the most common being root canal therapy following routine restorative procedures. I give my permission to the dentist to make any/all changes and conditions as necessary. **Patient initials** \_\_\_\_\_

4. I give permission to the dental office to bill my dental insurance provider for the treatment provided, if applicable. **Patient Initials** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Patient signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

## Consentimiento Informado Para Procedimientos Generales Dentales

Usted, el paciente, tiene el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento dental recomendado por su dentista.

Antes de dar su consentimiento al tratamiento, usted debe considerar cuidadosamente los beneficios esperados y los riesgos comunes y conocidas de el procedimiento recomendado, tratamiento alternativo, o la opción de no tratamientos conocidos.

No consentir el tratamiento a menos que usted discuta posibles beneficios, riesgos y complicaciones con su dentista y que todas sus preguntas sean contestadas. Al aceptar el tratamiento, usted reconoce su voluntad de aceptar los riesgos y conocimientos, por leve que la probabilidad sea.

Es muy importante que usted proporcione a su dentista con información precisa antes, y después del tratamiento. Es igualmente muy importante que siga los consejos y recomendaciones de su dentista respecto a las instrucciones de medicamentos, tratamientos pre y post, referencias a otro dentista o especialistas, y volver a las citas programadas. Si usted no sigue el consejo de su dentista, puede aumentar las posibilidades de un mal resultado.

Por favor, lea y escriba sus iniciales el siguiente formulario y firmar en la parte inferior del formulario.

### 1. El tratamiento que debe proporcionarse

Yo entiendo que durante mi curso de tratamiento que puede proporcionar los siguientes cuidados:

Examinaciones \_\_\_\_\_ Servicios Preventivos \_\_\_\_\_ Restoraciones \_\_\_\_\_

Coronas \_\_\_\_\_ Puentes \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_ Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

### 2. Drogas y Medicamentos

Entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando enrojecimiento e hinchazón de los tejidos; dolor, picazón, vómitos y / o choque anafiláctico (Reacción alérgica severa). Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

### 3. Cambios en el Plan de Tratamiento

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentran mientras se trabaja en los dientes que no fueron descubiertos durante el examen, la terapia de conducto radicular es más común después de los procedimientos de restauración de rutina. Doy mi permiso al dentista para hacer cualquier / todos los cambios y condiciones que es necesario. Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

4. Doy permiso a la oficina dental para facturar a mi proveedor de seguro dental para el tratamiento previsto, en su caso. Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy