

## CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO DE SALUD Y CONCENTIMIENTO A PROCEDER:

Yo certifico que las respuestas a las preguntas de mi salud son adecuadas y correctas a lo mejor de mi conocimiento. Un cambio en la condición medica o medicaciones pueden afectar el tratamiento dental, yo entiendo su importancia y estoy de acuerdo de informarle al dentista de cualquier cambio en las siguientes citas.

Yo autorizo al Dr. ROBERSON e sean asignado a preformar los procedimientos que sean necesarios o aconsejado para mantener mi salud dental o la salud dental de cualquier menor o cualquier otro indebido bajo mi responsabilidad, incluyendo arreglos o administración de cualquier sedante (incluyendo oxido de nitrógeno), anestesia, terapéutica y otros agentes farmacéuticos incluyendo esos relacionados a tratamientos restaurativos, terapéuticas o quirúrgicos.

Yo entiendo que la administración de analgésicos puedo causar una reacción inesperada o efectos secundarios los cuales pueden incluir. Pero no están limitados a moretones, hematomas, estimulación cardiaca, temporáneo o raramente adormecimiento permanente y músculos adoloridos. Yo entiendo que ocasionalmente las agujas se rompen o quiebran y pueden requerir cirugía para removerlos.

Yo Entiendo que parte del tratamiento dental, incluyendo procedimientos preventivos como limpieza y odontología básica, inclusive rellenos de toda clase, los dientes pueden quedarse sensible o aún posiblemente bastante doloroso durante y después de terminación de tratamiento. Después de citas largas, músculos de la mandíbula también pueden ser adoloridos o tiernos. Las encías y los tejidos circundantes también pueden ser sensibles o dolorosos durante y/o después de tratamiento. Aunque raro, sea también posible para la lengua, la mejilla u otros tejidos orales ser raídos por inadvertencia o para ser lacerados (corte) durante procedimientos dentales rutinarios. A veces, las suturas o tratamiento adicional pueden ser requeridos.

Comprendo que como parte de artículos dentales de tratamiento incluyendo, pero no limitado a coronas, pequeños instrumentos dentales, taladran componentes, etc. puede ser aspirado (inhalado en el sistema respiratorio) o tragado. Esta situación excepcional puede requerir una serie de radiografías para ser tomada por un médico o el hospital y puede, en casos raros, requiere broncoscopio u otros procedimientos a asegurar eliminación segura.

Comprendo que la necesidad de revelar al dentista cualquier fármaco que son tomados actualmente o ha sido tomado en el pasado, como Phen-Fen. Comprendo que al tomar la clase de drogas prescritas para la prevención de Osteoporosis, como Fosamax, Boniva o Actonel, pueden tener como resultado complicaciones de no-curando de las mandíbulas que siguen extracciones orales de cirugía o diente.

Yo voluntariamente asumo todos los riesgos, incluso el riesgo de una lastimadura substancial o será, si alguno, que puede estar relacionado con la prevención general y los tratamientos operativos para obtener los resudas deseados, los cuales pueden o no ser conseguidos, para mi beneficio o el beneficio de mi niño/a menor o de quien soy guardián. Yo reconozco la naturaleza y el propósito de los procedimientos que irán en proceso me han sido explicados (si necesario) y yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Rev