



**JARED E WILLIAMS**  
**DDS**

"Dentista General Móvil  
Ofreciendo Servicios de Cirugía e Implantes"

**AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE IMPLANTES**

Nombre del Paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Se ha(n) recomendado el(los) siguiente(s) procedimiento(s) de implante:

Número(s) de diente(s): \_\_\_\_\_

Mi médico también me ha informado que existen ciertos métodos alternativos de tratamiento, incluyendo la opción de no recibir tratamiento.

o \_\_\_\_\_

**Riesgo de no recibir tratamiento:** si decido no recibir ningún tratamiento, entiendo que existen ciertos riesgos, que incluyen, pero no se limitan a: mi condición actual podría empeorar con el tiempo, provocando hinchazón, dolor y/o infección.

**Riesgo del tratamiento:** entiendo que existen riesgos asociados con el tratamiento propuesto, que incluyen, pero no se limitan a:

- Malestar y hinchazón postoperatoria que pueden persistir durante varios días.
- Estiramiento de las comisuras de la boca con posibles grietas y/o hematomas.
- Lesión del nervio subyacente a los dientes, lo que puede provocar adormecimiento o hormigueo en los labios, barbilla, encías, mejillas, dientes y/o lengua del lado tratado, que puede persistir durante varios días, semanas, meses o, en algunos casos, puede ser permanente.
- Sensibilidad en los dientes con empastes o coronas que puede requerir tratamiento adicional, incluyendo endodoncia.
- Decoloración del tejido de las encías.
- Hinchazón, hematomas y sangrado del tejido de las encías adyacente.

Otros: \_\_\_\_\_

Entiendo que para que el tratamiento de implantes sea exitoso, el trabajo debe completarse de manera oportuna. Además, entiendo y acepto que el médico y la clínica dental no son responsables de los trabajos de laboratorio que no se entreguen en un plazo de sesenta (60) días desde la cita de impresión. Debido a las diferencias individuales de los pacientes, existe el riesgo de fracaso, recaída, retratamiento selectivo o empeoramiento de una condición persistente a pesar de los cuidados proporcionados. Sin embargo, es opinión del médico que la terapia sería beneficiosa y que un empeoramiento de mi condición ocurriría más temprano sin el tratamiento recomendado.

No se me ha dado ninguna garantía o garantía de éxito para este tratamiento, y entiendo que cada paciente es diferente, lo que hace imposible predecir los resultados con exactitud. Aunque se espera una mejora, también entiendo que mi condición puede permanecer igual, mejorar o empeorar después del tratamiento, y que puede ser necesario un cuidado continuo. Comprendo que, para ayudar en un tratamiento exitoso y reducir los riesgos de complicaciones, debo cumplir ciertos requisitos, como una excelente higiene oral, una dieta adecuada con restricciones en ciertos alimentos duros o pegajosos, seguir estrictamente las instrucciones sobre el uso de medicamentos, usar dispositivos dentales, y cooperar y asistir a las citas programadas. He proporcionado un historial médico completo y preciso. He tenido plena oportunidad de hacer preguntas sobre la información en este formulario y se me han dado respuestas que satisfacen mis inquietudes.

CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y COMPRENDIDO ESTE FORMULARIO Y ADEMÁS CERTIFICO QUE EL DOCTOR ME HA EXPLICADO LOS RIESGOS ASOCIADOS CON ESTE PROCEDIMIENTO. ENTIENDO Y ACEPTO LOS RIESGOS POTENCIALES. MI FIRMA A CONTINUACIÓN SIGNIFICA MI RECONOCIMIENTO DE QUE CREO HABER RECIBIDO SUFICIENTE INFORMACIÓN PARA PROCEDER CON EL TRATAMIENTO RECOMENDADO. HE DECIDIDO TRATAR MI CONDICIÓN CON EL TRATAMIENTO PROPUESTO EN LUGAR DE OTRAS TERAPIAS ALTERNATIVAS. TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO FUERON COMPLETADOS ANTES DE FIRMAR. POR LA PRESENTE AUTORIZO Y CONSENTIMIENTO A RECIBIR EL TRATAMIENTO DE IMPLANTE.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Padre o Tutor Legal:

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma del Doctor:

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo:

\_\_\_\_\_  
Fecha:

**ANESTHESIA**

**ORAL SURGERY**

**IMPLANTOLOGY**

**ENDODONTICS**

**P:** 713-489-8338

**E:** Info@Jaredwdds.com

**W:** Jaredwdds.com