

Análisis y consentimiento informado para protector bucal a medida

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

¿El paciente tiene alguna alergia específica conocida a alguno de los siguientes? *(marque solo los que corresponda)*

____ Látex ____ Vinilo ____ Plástico

¿El paciente ha tenido alguna reacción adversa a un material de impresión dental? Sí / No *(si la respuesta es Sí, explique)* _____

Yo, _____ (por favor, coloque su nombre en letra clara de imprenta) soy el padre, la madre o el tutor legal del niño o de la niña mencionado anteriormente y tengo la autoridad para dar consentimiento para el tratamiento en nombre de ese niño o esa niña.

Limitaciones del tratamiento

Se necesitan las iniciales del padre, la madre o el tutor legal

____ Comprendo que en esta instancia el tratamiento proporcionado por el/la Dr./Dra. _____ está únicamente relacionado con la construcción de un protector bucal y **no constituye una examinación dental amplia ni un diagnóstico dental. El/La Dr./Dra. _____ no tomará radiografías, limpiará los dientes ni diagnosticará ninguna condición dental.**

Posibles riesgos o complicaciones

____ Comprendo que un protector bucal hecho a medida puede tener un papel importante en la prevención de lesiones en los dientes durante competencias y prácticas atléticas, pero no garantiza que no se produzcan lesiones en los dientes, el tejido gingival, la cabeza y el cuello.

____ Entiendo que los dientes flojos, los empastes, las coronas, los frentes estéticos, los aparatos de ortodoncia o las prótesis podrían desplazarse o desprenderse al realizar la impresión, lo cual podría requerir reparación o recomendaciones de tratamiento de parte del dentista regular de mi hijo o hija o de un especialista dental.

____ Me han dado la oportunidad de realizar preguntas sobre el procedimiento y han respondido a todas mis preguntas satisfactoriamente.

Marque las casillas a continuación que se aplican a su caso:

Consentimiento

- Me han informado, de forma oral y mediante la información proporcionada en este formulario, sobre los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto.
- Me han informado, de forma oral y mediante la información proporcionada en este formulario, sobre los riesgos sustanciales y beneficios del tratamiento alternativo y de elegir no tratar mi condición.
- Certifico que he leído y comprendo la información anterior, que entiendo las explicaciones a las cuales se hace referencia, que han respondido a mis preguntas y que se han llenado los espacios en blanco que debía completar o en los que debía colocar información. Autorizo e instruyo al/a la Dr./Dra. _____ a hacer lo que considere necesario y aconsejable en virtud de las circunstancias.
- Doy mi consentimiento para que me realicen el tratamiento mencionado anteriormente.
- Aunque el tratamiento podría no estar cubierto por mi seguro médico o dental, acepto cualquier responsabilidad económica por este tratamiento y lo autorizo.

o

Rechazo

- Me niego a dar mi consentimiento para el/los tratamiento(s) propuesto(s) descrito(s) anteriormente y comprendo las posibles consecuencias asociadas con este rechazo.

Paciente o representante del paciente

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Doy fe de que he abordado los riesgos, los beneficios, las consecuencias y las alternativas del tratamiento anterior con _____ (Paciente o representante del paciente) y que él o ella ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Creo que el paciente comprende lo que se le ha explicado y da su consentimiento para el tratamiento indicado anteriormente o lo rechaza.

Firma del dentista

Fecha