

Patrick S. Burchfield, D.D.S., P.C.
4444 Carter Creek Pkwy Suite 101
Bryan, Texas 77802
(979)846-7799

LIBERACION DE RECLAMOS
CONSENTIMIENTO PARA CORONAS, PUENTES Y LAMINADOS

Paciente: _____

Fecha: _____

Yo entiendo que hay ciertos riesgos en cualquiera de estos tratamientos que puede persistir por varios días, semanas o meses (incluyendo cualquier anestesia administrada), que incluye, pero no esta limitada a:

- Incomodidad e inflamacion despues del tratamiento.
- Estiramiento de la comisura de los labios que le pueden causar cortaduras y moretones.
- Lesion en los nervios del diente puede causar adormecimiento y hormigueo en los labios, barbilla, encias, mejia y lengua, del lado de la operacion.
- Sensibilidad al rellenar el diente que puede terminar en terapia de conductos de la raiz.
- Descoloracion en la encia.
- Inflamacion y sangrado de las encias.
- Inabilidad de recuperar el color natural del diente.
- Inabilidad de eliminar espacios en medio de los dientes.

El tratamiento debe de ser completado dentro de los 60 dias despues de haber empezado el tratamiento. Si las impresiones son hechas otra vez porque el tratamiento no fue terminado a tiempo por negligencia del paciente, el paciente sera responsable por cargos adicionales.

Yo entiendo que si tengo coronas provisionales debo recolocarlas si es que se caen ya que el diente en tratamiento se puede mover, lo cual resultara en re fabricacion de la corona por el laboratorio y gastos adicionales.

Yo entiendo que la corona permanente es algunas veces colocada con cemento temporal, para saber si el paciente esta a gusto y sin dolor. El paciente responsable en hacer mis citas para colocar el cemento permanente, caso contrario podre incurrir en gastos adicionales.

Tengo la opcion de
aa menos que todos los pasos esten completados, el diente puede infectarse y puede traer problemas en mi salud y perdida de el diente. Es esencial que siga el tratamiento de manera adecuada.

No se me ha dado garantia o promesa que el tratamiento sera curativo o realizado a mi entera satisfaccion. Existe el riesgo de fracasos, recaidas, rehacer el tratamiento o empeorar mi condicion a pesar de el tratamiento dado. Es la opinion del doctor que la terapia me ayudara, y que mis condiciones pueden empeorar pronto sin el tratamiento recomendado.

Para que el tratamiento sea satisfactorio, se deben seguir las instrucciones del doctor.

Entiendo que si no completo el tratamiento de conductos de la raiz, igual sere responsable por los cargos y que frecuentemente el diente que tiene tartamiento de conductos necesita una corona y que estos cargos son separados del costo del tratamiento de conductos.

Firma del Paciente/Guardian: _____

Fecha: _____

Testigo: _____