



AUTORIZACION DE ODONTOLOGIA GENERAL

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Con la presente, autorizo y solicito que el odontólogo (dentista) tratante de la OLE HEALTH, lleve a cabo odontología general como: exámenes, rayos-X, profilaxis (limpieza), administración de anestésico local, empastaduras de composición y amalgama y todo lo necesario y/o incidental relacionado al procedimiento arriba citado de acuerdo con el criterio del odontólogo. Se me ha dicho que la administración del anestésico local puede causar una reacción alérgica, lesión momentánea o permanente a los nervios y/o vasos sanguíneos debido a la inyección.

Me ha sido explicado y entiendo, que las alternativas a estos procedimientos incluyen el no hacer tratamiento.

Me ha sido explicado, y entiendo, que no se garantiza ni se asegura un resultado perfecto y además que el citado procedimiento puede tener la posibilidad de riesgos, que me han sido explicado, incluyendo, pero no limitados a:

- A. Daño en dientes adyacentes y empastes
- B. Ensanchamiento de las esquinas de la boca (comisuras), puede resultar en agrietamiento y magulladura.
- C. Exposición de la pulpa (nervio) del diente. Esto podría requerir tratamientos alternativos.
- D. Absceso o infección subsiguiente debido a trauma por la colocación de empaste.

Yo, por la presente, admito (1) que he leído y entiendo la información dada en este formulario; (2) que la operación o procedimiento arriba citado me ha sido adecuadamente explicado por el dentista; (3) que los riesgos, las ventajas y/o complicaciones esperadas de dicho procedimiento, así como cualquier tratamiento alternativo, riesgos y ventajas me han sido explicadas por el dentista; (4) que he tenido la oportunidad de formular preguntas; (5) que he recibido toda la información que deseo concerniente al procedimiento; y (6) que autorizo y consiento la ejecución del procedimiento.

FIRMA: _____
(Si Mismo/Padre/Madre/Encargado/Tutor)

FECHA: _____

SI ES FIRMADO POR ALGUIEN MÁS QUE EL PACIENTE/PADRE/MADRE/ENCARGADO/TUTOR,
INDICAR LA RELACION: _____