

Consentimiento Para Cirugia Oral y Anestesia

Este es mi permiso para Dr. Ehrhardt ha ser cirugia oral. Tambien doy permiso a usar anestesia local o oxido nitoroso.

Entiendo que este tratamiento es necesario, pero hay otra formas de tratamientos o no tener tratamiento son las opciones que tengo. Me han avisado que sin hacer el tratamiento mi condicion puede ser mas peligroso en tiempo y el riesgo ha mi salud puede incluir pero no sea limitado a hinchazon, dolor, infeccion, absesos, fallecimiento periodontal, caries, maloclusion, mandibula fractura, perder dientes prematuro, y/o perder hueso prematuro. Si hay, me han avisado de los tratamientos alternativos.

Me han avisado y entiendo que a veces hay complicaciones asociado con cirugia y/o anestesia. Entiendo la posibilidad de peligro y posibilidad de complicaciones con estas procedimientos incluye pero no limitado a:

- _____ Reacion a la droga o anestesia
- _____ Paralisis; temporal o permanente
- _____ Trismo (limitacion de abrir)
- _____ Incomodidad y hinchar; Sangrar despues de cirugia y coloracion anormal, alveolo seco, infeccion (necesitando antibiotico o mas tratamiento o cirugia).
- _____ Lastimando otro diente, otro diento necesitando retauracion o lastimando otros tejidos que no esten serqua al diente que tendra la cirugia; estirando los lados de la boca que causa moretones o fisura.
- _____ Complicaciones con el seno, nasal oral, fistula oral y abridas resultando cirugia de maxilar o los dientes maxila, y posibilidad de mas cirugia.
- _____ Posibilidad de fracturar hueso que a la mejor necesitara alambre o tratamiento quirurgico.
- _____ Pedasos de hueso, residuo de raiz pueden quedarse si quitando completo nesecita cirugia extenso.
- _____ Hemorragia, hematoma, dientes sensible al caliente o frio, reduso de la goma; dientes flojos.

Me han avisado las instrucciones escritos y oral despues de cirugia. Guardo todas las citas recetado si es necesario. Entiendo que puedo preguntar preguntas de mi tratamiento.

_____ Me han explicado la cirugia y anestesia completa y no me han dado garantia que se va curar.

He leido y entiendo toda la informacion. Me han dado otros opciones si hay, incluyendo no tener tratamiento, y doy permiso a ser esta cirugia. Me han dado oportunidad ha preguntar preguntas y he recibido respuestas.

Firma (paciente/ guardian)

Fecha

#Diente