

## Informed Consent General Consent for Treatment

I understand that all dental and anesthetic procedures have associated risks. These may be, but are not limited to:

- Drug reactions and side affects
- Damage to adjacent teeth or fillings
- Post-operative infection
- Post-operative bleeding that might require treatment
- Delayed healing of an extraction site, (dry Socket) requiring additional care
- Sinus involvement during removal of upper molars which require additional treatment or surgical repair at a later date
- Involvement of nerves during removal of teeth resulting in temporary or possibly permanent numbness or tingling of the lip, chin, tongue, or other areas
- Bruising, swelling, sensitivity or pain
- Failure of a dental procedure requiring additional treatment
- Breakage of dental instruments inside the tooth canals making additional treatment necessary
- Complications during treatment requiring a referral to a specialist.

I understand the recommended treatment for my condition(s), the risks of such treatment, any alternatives and risks, as well as the consequences of doing nothing. Any fees involved have also been explained. All of my questions have been answered, and I have not been offered any guarantees.

I hereby authorize the staff of Hope Dental Professionals to administer such medications and perform such diagnostic, photographic (including X-Rays and study models) and therapeutic procedures as may be necessary for proper diagnosis and dental treatment.

Patient/Guardian			
Signature	Date		
Witness	Date		



## Informed Consent General Consent for Treatment

## Informe de consentimiento- Consentimiento general para el tratamiento.

Yo entiendo que todo los procedimientos dentales y de anestesia tiene riesgos asociados. Estos podrían ser, pero no están limitados ha:

- Reacciones a la medicina y efectos secundarios
- Daño de dientes adyacentes o rellenos
- Infecciones post operatorias
- Sangrado post operatorio que deberá necesitar tratamiento
- Saneamiento tardío del sitio de una extracción, (dry Socket) que necesite cuidado adicional
- Complicaciones en los senos nasales durante la extracción de las muelas superiores que pueda requerir tratamiento adicional o una operación posterior
- Complicación en los nervios durante la extracción dental que pueda resultar en entubamiento temporal o permanente o entubamiento en los labios, mandíbulas, lengua o otras áreas.
- Inflamación, sensibilidad o dolor al cepillare los dientes
- Falla en un procedimiento dental que pueda necesitar un tratamiento adicional
- Rotura de instrumentos dentales dentro de los canales de diente que requieren tratamiento adicional
- Complicaciones durante el tratamiento que necesiten ser referidos a un especialista

Entiendo el tratamiento recomendado a mi condición, el riesgo del tratamiento, las alternativas y los riesgos, así como las consecuencias de no hacer nada al respecto de la condición de mi salud dental. Los cargos por mi tratamiento han sudo explicados. Todas mis preguntas han sido respondidas y no he recibido ninguna garantía.

Mi firma confirma que yo he sido informado de los derechos de privacidad que tienen que ver con mis condiciones de salud, bajo "The Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 (HIPAA)". Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

□Proveer y coordinar mi tratamiento con l indirecto.	os especialistas que pueden estar envueltos en el tratamiento directo e
□Obtener pagos de una tercera parte por pa	rte de mi aseguranza
□Conducir operaciones de salud medica tal	es como evaluaciones de calidad y actividades de mejoría
nformación mas completa del uso y comparti evisar y recibir una copia de dicha póliza. Ent lebo contactar a esta oficina en su dirección ar Entiendo que debo de pedir por escrito que u Isada o compartida en el curso del tratami	ricio dental de su "Póliza de información confidencial" conteniendo una imiento de mi información confidencial de salud. He tenido el derecho de iendo que mi proveedor dental tiene el derecho de cambiar su póliza y que riba indicada para obtener una copia actualizada de la póliza.  Lestedes restrinjan la manera en como mi información privada pueda ser ento, pagos o operaciones de salud y entiendo que ustedes no están ero si ustedes aceptan están comprometidos a respetar la restricción.
Firma del Paciente/Padre/Tutor	Fecha
- Testigo	Fecha
Para uso estricto de la oficina	
Hemos tratado de obtener conocimiento autorización no ha sido obtenida por	o por escrito de nuestra póliza de Información confidencial, pero la
El individuo rehúso a firmar	
La barrera de comunicación prohibió q	ue obtuviéramos el reconocimiento

Una situació	on de emergencia i	nos impidió obte	ener conocimien	nto	
Otro					