

# EUCLID SMILES Family Dental

409 E. Euclid Ave. suite B, Mount Prospect, IL 60056

Tel: 847-342-1999/ Fax: 847-342-8990/ [www.euclidsmiles.com/](http://www.euclidsmiles.com/) info@euclidsmiles.com

---

## PERMISO PARA EXTRACCION DE DIENTE O CIRUJIA

Yo entiendo que este es un tratamiento para ayudar a corregir una condicion que no es saludable para mi boca. El dentista me a advertido que si este tratamiento no se realiza la condicion de mi boca podria empeorar.

Estos son algunos de los riesgos que no son limitados a:Inflamacion, dolor, infeccion, formacion de quiste, enfermedad de la encia, caries, maloclusion, fractura patologica de la mandibula, perdida prematura de dientes y o hueso. El dentista me a informado si hay algun otro tratamiento. El dentist me a informado los riesgos posibles con este tratamiento. Estos riesgos son:

- malestar o inchazon que podria requerir varios dias de descanso
- sangramiento prolongado
- dano a otros dientes
- dano a empastes o otras coronas
- infeccion que requiere mas tratamiento
- moretones de los labios o esquinas de la boca igual a resequedad
- dificultad en abrir la boca que podria durar varios dias o semanas
- fractura de la mandibula
- fractura a un nervio que podria causar adormecimiento al area esto es temporal o raramente permanente
- perforacion del seno requiriendo mas tratamiento (esta es una cavida del hueso hubicada en la maxila)
- bolsillo seco con dolor requiriendo mas tratamiento
- una decision de dejar un pedazo de raiz, si removiendolo requiere mas cirujia que podria requirir cirujia extensiva que podria causar dano.

# EUCLID SMILES Family Dental

409 E. Euclid Ave. suite B, Mount Prospect, IL 60056

Tel: 847-342-1999/ Fax: 847-342-8990/ [www.euclidsmiles.com/](http://www.euclidsmiles.com/) [info@euclidsmiles.com](mailto:info@euclidsmiles.com)

---

Otras condiciones o problemas relacionadas a lo mencionado podria requerir una referencia a un especialista que es un CIRUJANO ORAL.

Yo doy permiso para que se use anestesia local como sea necesario. No hay garantia que este tratamiento tendra exito. Esta es la opinion del dentista que este es el tratamiento que puede ayudar a corregir esta cindicion en mi boca antes de que empeore si no hago algun tratamiento. He hablado de mi historia medica con el dentista. Coperare con el personal del departamento dental mientras este en su cuidado.

Yo e leido y entendido este permiso y he tenido la oportunidad de hablar o hacer cualquier pregunta sobre este tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma

Relacion al Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Doctor

\_\_\_\_\_  
Fecha

# De Diente/s: \_\_\_\_\_