



Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Cómo supo de nosotros? \_\_\_\_\_ No. de seguro social: \_\_\_\_\_

Persona de contacto en caso de urgencia & teléfono: \_\_\_\_\_

Toma algún medicamento(s) incluidos los medicamentos sin receta médica?

(SÍ / NO)

Si la respuesta es sí, qué medicamento(s) está tomando? \_\_\_\_\_

Es alérgico a algún medicamento, látex o comida?

(SÍ / NO)

Si la respuesta es sí, a qué es alérgico? \_\_\_\_\_

**¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?**

**Por Favor Marque**

Hipertensión Arterial / Presión Arterial Baja?	Sí	No
Implante o Reemplazo de Articulaciones?	Sí	No
Asma?	Sí	No
Esta tomando anticoagulantes?	Sí	No
Cáncer / Radioterapia?	Sí	No
Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o algún medicamento para el cáncer que contenga bisfosfonatos?	Sí	No
Diabetes?	Sí	No
Consume tabaco?	Sí	No
Epilepsia / Convulsiones?	Sí	No
Cardiopatía / Soplo Cardíaco?	Sí	No
Problemas Estomacales / Úlceras /	Sí	No
Esta actualmente embarazada o cree que pueda estarlo?	Sí	No
Tiene alguna otra condición médica?	Sí	No

**EL PAGO SE DEBE REALIZAR AL MOMENTO DEL SERVICIO.  
SIN EXCEPCIONES.  
SOLO EFECTIVO O TARJETA**

## CONSENTIMIENTO:

Entiendo que esta evaluación tratará mi problema o emergencia inmediata y no debe confirmarse como un examen completo con el tratamiento resultante.

Otorgo mi consentimiento para que el dentista realice los procedimientos de diagnóstico y tratamiento necesarios para una atención dental adecuada.

La extracción de dientes es un proceso irreversible y, ya sea rutinario o difícil, es un procedimiento quirúrgico. Como en cualquier cirugía, existen algunos riesgos. Estos incluyen, pero no se limitan a;

1. Hinchazón y/o hematomas y molestias en las zonas operadas.
2. Estiramiento de las comisuras de la boca que provoca grietas o hematomas.
3. Posible infección que requiere tratamiento adicional.
4. Alveolitis seca: dolor en la mandíbula que comienza unos días después de la cirugía y que suele requerir cuidados adicionales. Es más frecuente en las extracciones inferiores, especialmente en las muelas del juicio.
5. Posible daño a los dientes adyacentes, especialmente los que tienen empastes o fundas grandes.
6. Adormecimiento o alteración de la sensibilidad en los dientes, el labio, la lengua y la barbilla, debido a la proximidad de las raíces de los dientes (especialmente las muelas del juicio) a los nervios, que pueden sufrir contusiones o lesiones. En la mayoría de los casos, la sensibilidad vuelve a la normalidad, pero en raras ocasiones, la pérdida puede ser permanente.
7. Trismo: apertura limitada de la mandíbula debido a una inflamación o hinchazón, más común después de la extracción de la muela del juicio. A veces es el resultado de una molestia en el punto de la mandíbula (ATM), especialmente cuando ya existe la enfermedad y los síntomas de ATM.
8. Hemorragia: no es habitual que se produzca una hemorragia importante, pero puede esperarse una supuración persistente durante varias horas.
9. Posteriormente pueden formarse crestas afiladas o astillas de hueso en el borde de la cavidad. Estas pueden requerir otra cirugía para alisarlas o eliminarlas.
10. Extracción incompleta de fragmentos de diente: para evitar que se lesionen estructuras importantes como los nervios o los senos paranasales, a veces pueden dejarse pequeñas puntas de raíz en su lugar. Afectación de los senos paranasales: las raíces de los dientes posteriores superiores suelen estar cerca de los senos paranasales y, a veces, un trozo de raíz puede desplazarse hacia el seno, o puede producirse una abertura hacia la boca que puede requerir cuidados adicionales.
11. Fractura de mandíbula: aunque es bastante rara, puede que aparezca en dientes difíciles o profundamente impactados.

La mayoría de los procedimientos son rutinarios y no se esperan complicaciones graves. Las que se producen suelen ser menores y pueden tratarse. **Por favor tenga en cuenta:** algunas complicaciones requieren cuidados adicionales; si esto ocurriera, podrían aplicarse tarifas adicionales.

Doy fe de la exactitud de la información contenida en esta página:

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo