

Ahmadi & Alvand, DDS, PA

Oral Surgery Consent

Patient's Name _____ Age _____

I hereby give consent to Dr. _____ to perform the oral surgery procedure(s) for myself or my dependent as follows: _____ and such additional procedures as are considered necessary for my well being on the basis of findings during the course of said procedure(s). The nature and purpose of the procedure have been explained to me and no guarantee has been made or implied as to result or cure.

Alternative methods of treatment have been explained to me, such as: _____ but I desired the treatment described above.

I am also consent to the administration of local anesthesia and taking of any radiographs (x-rays) as indicated.

I understand that the administration of medications and the performance of surgery can carry certain common, inherent risks, or complications such as, but not limited to: bleeding, swelling, discomfort, nausea, infection, drug reaction, delayed healing, damage of other teeth or restorations, bone fractures, and possible involvement of the nerve that could result in a usually temporary, but possibly permanent numbness or tingling in the lower lip.

I agree to abide by the doctor's post-operative instructions and that my failure to properly care for my oral health may lead to further complications.

Signature: _____ Date: _____

Relationship (to minor): _____

Witness (to signature only): _____

I acknowledge the receipt of, and understand my post-operative instructions. Patient's Initials: _____

Ahmadi & Alvand, DDS, PA

Consentimiento Para Extracción

Nombre Del Paciente: _____ Edad: _____

Los beneficios y riesgos de la extracción de un diente me han sido explicados y entiendo que una extracción quirúrgica puede ser necesaria. Entiendo y aceptó el tratamiento recomendado para mí por el Dr. _____ en la extracción del diente(s) #: _____.

Entiendo que puede haber algunas complicaciones no deseadas, algunas de las cuales son mencionadas más adelante. Ni el doctor mencionado anteriormente ha garantizado nada, y me ha sido discutido si el diente/dientes que sugirió que fueran extraídos están impactados hasta cierto grado.

Entiendo que un diente impactado puede empezar a brotar en la dirección equivocada el cual puede ser bloqueado, y no brotar completamente del hueso y dientes adyacentes. Entiendo que el no hacer nada con respecto a dientes impactados puede tener como resultado una infección y/o la formación de un quiste, el cual puede destruir el hueso, dañar las raíces de los dientes adyacentes por la presión de un diente/dientes mal puestos, y/o crear una trampa de comida, la cual puede resultar en una carió.

También consiento a la administración de anestesia local y a la toma de radiografías según el Doctor lo requiera.

Riesgos/consecuencias al tratamiento no deseadas se pueden presentar, pero no limitar a: reacciones a medicamentos/anestésicos, adormecimiento o calambres temporarios o permanente de labios, mentón, lengua, y otras aéreas; sangrando después del tratamiento; infección después del tratamiento; infección del tejido después del tratamiento; fragmentos de la raíz se pueden romper y quedarse en la mandíbula; los senos nasales pueden ser afectados cuando los dientes superiores son extraídos y tal vez necesiten tratamiento adicional: la cicatrización tal vez se retrase y necesite tratamiento adicional, como un tapón seco; daño a dientes adyacentes, tejido blando y restauraciones.

Acepto seguir las instrucciones post-operatorias del doctor de lo contrario el no seguir las instrucciones correctamente puede traer complicaciones en el futuro.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Relación con el Paciente: _____

Testigo (Firma Solamente): _____

Reconozco y entiendo mis instrucciones post-operatorias. Iniciales del Paciente: _____