



**PROGRAMA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA ADULTOS MAYORES DE BAJOS INGRESOS  
Consentimiento informado para prótesis dentales completas o parciales urgentes**

Entiendo que las prótesis dentales urgentes se reciben habitualmente el mismo día en que me extraen los dientes. Si mis prótesis dentales urgentes no funcionaran, entiendo que no se puede facturar al Programa de Atención Odontológica para Adultos Mayores de Bajos Ingresos de Colorado (*Colorado Dental Health Care Program for Low-Income Seniors*) otro juego de prótesis dentales por un período de por lo menos cinco (5) años. También entiendo que el procedimiento de fabricación y ajuste de las prótesis dentales comprende riesgos y posibles fallas.

Con la firma de este formulario, estoy de acuerdo en aceptar esos riesgos y la posibilidad de que mis prótesis dentales urgentes puedan fallar. Además, entiendo lo siguiente:

- Las prótesis dentales urgentes exigen más citas de control para hacer ajustes como consecuencia de cambios que se producen en el hueso y las encías después de extraer dientes. Podría ser necesario rebasar o cambiar mis prótesis dentales.
- Podría tener dolor de encía causado por las prótesis dentales urgentes, y podría ser necesario concurrir a varias citas antes de que las prótesis encajen cómodamente.
- Masticar alimentos será distinto que antes. Podría tener que volver a aprender cómo masticar alimentos con mis prótesis dentales.
- Las prótesis dentales son frágiles y se pueden romper si se dejan caer o si se mastican alimentos duros.
- Las prótesis dentales mal ajustadas pueden causar irritación constante durante un largo período y podrían aparecer llagas.
- No usar mis prótesis dentales durante un período prolongado podría afectar cómo encajan.
- Tendré mayor posibilidad de éxito si sigo todas las instrucciones de mi dentista y concuro a todas mis citas de control.

**Consentimiento informado:** Tuve oportunidad de hacer preguntas a mi dentista sobre las prótesis dentales urgentes y recibí respuestas a mi entera satisfacción. Mi dentista me informó sobre mis opciones de tratamiento y asumo voluntariamente todos los riesgos posibles. No me hicieron promesas ni me dieron garantías con respecto a mi posibilidad de usar prótesis dentales correctamente ni sobre cuánto durarán mis prótesis dentales.

***Me explicaron el costo que tendré que asumir por este servicio. Entiendo totalmente que si no estoy satisfecho con las prótesis dentales que fabricaron para mí, no podré recibir un reembolso. Si mis prótesis dentales urgentes no funcionaran, entiendo que no se puede facturar al Programa de Atención Odontológica para Adultos Mayores de Bajos Ingresos de Colorado (Colorado Dental Health Care Program for Low-Income Seniors) otro juego de prótesis dentales por un período de por lo menos cinco (5) años. Si deseo que cambien mis prótesis dentales, seré responsable del costo total de las prótesis de reemplazo.***

Nombre del paciente en letra de imprenta:

Firma del paciente o el representante autorizado

Fecha

Firma del dentista

Fecha

***NOTA: Este consentimiento informado se debe guardar con el expediente del paciente y el Departamento de Financiación y Políticas de Atención a la Salud (Department of Health Care Policy and Financing) debe poder obtenerlo fácilmente, si lo solicita.***