Consentimiento Informado de Escáner CBCT

1. Una exploración CBCT, también conocida como tomografía computarizada de haz cónico, es una técnica de rayos X que produce imágenes en 3D.de su cráneo que permite la visualización del interior en una sección transversal en lugar de imágenes superpuestas normalmente
producido por exámenes de rayos X convencionales.

2. Ventajas de una exploración CBCT sobre las radiografías convencionales: Una radiografía convencional de su boca limita a su dentista a una visualización bidimensional o 2D. El diagnóstico y la planificación del tratamiento pueden requerir una evaluación más completa de la anatomía compleja tridimensional o 3D. La exploración CBCT mejora la capacidad de su dentista para ver lo que se debe hacer antes de comenzar el tratamiento.

3. Radiación: las exploraciones CBCT, al igual que las radiografías convencionales, lo exponen a la radiación. La dosis de radiación utilizada para los exámenes CBCT se controla cuidadosamente para garantizar que se utilice la menor cantidad posible y que aún proporcione un resultado útil. La dosis por exploración equivale a 2 radiografías dentales regulares. Sin embargo, toda exposición a la radiación está relacionada con un riesgo ligeramente mayor de desarrollar cáncer. Las ventajas de la exploración CBCT superan esta desventaja.

4. Embarazo: las mujeres embarazadas no deben someterse a una exploración CBCT debido al peligro potencial para el bebe. Informe al dentista si está embarazada o planea quedar embarazada.

5. Las exploraciones CBCT muestran imágenes de toda la cabeza y la mayor parte del cuello. Como dentistas, evaluamos los dientes, las mandíbulas y el hueso circundante, utilizando el CBCT para esos fines limitados. Nuestra capacitación y licencia dental no prevé la evaluación ni diagnóstico fuera de esas áreas. Sin embargo, dado que las imágenes CBCT pueden cubrir un área más amplia, le ofrecemos la oportunidad de que un radiólogo capacitado evalúe y diagnostique la área más amplia. Las imágenes CBCT pueden mostrar evidencia de enfermedad de la columna cervical, el cráneo o las arterias. Si lo solicita, le enviaremos su exploración CBCT a un radiólogo para su evaluación. El costo de este servicio es de $95, el cual puede o no estar cubierto por su seguro. Escriba sus iniciales a continuación para indicar si desea o no que su escáner CBCT sea leído por un radiólogo.

____ Sí, me gustaría que un radiólogo lea mi exploración CBCT y entiendo que soy responsable del costo adicional de $95.

_____ No, entiendo los riesgos y beneficios de que un radiólogo lea e interprete mi exploración CBCT. Sin embargo, rechazo conscientemente la re derivación. Si, en una fecha posterior, decido que me gustaría tener este servicio, entiendo que puedo comunicarme con la oficina y solicitar este servicio.

No firme este formulario a menos que lo haya leído, comprendido y aceptado los riesgos y ventajas.

Yo, _____ siendo mayor de 18 años, certifico que y he leido declaración anterior. Entiendo el procedimiento a utilizar y sus beneficios, riesgos, y alternativas. Se me ha brindado la oportunidad de obtener respuestas a mis preguntas y aceptar los riesgos del procedimiento del escáner CBCT como se describe arriba. Por lo tanto, doy mi consentimiento para que el Dr. Anderson o un miembro del personal capacitado designado realice una exploración CBCT.

Firma del Paciente/ Guardián legal_____Fecha_____

Firma de Testigo _____Fecha_____

Firma del Doctor_____Fecha_____