

Análisis y consentimiento informado para corona(s) y puente(s)

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Hechos que debe considerar

Se necesitan las iniciales del paciente

_____ Un puente es un aparato (prótesis) usualmente hecho de un marco metálico o de cerámica, dientes artificiales y acrílico, materiales de cerámica o metal. Rellena los espacios generados por los dientes faltantes y restringe el movimiento de los demás dientes. Un puente es un aparato (prótesis) cementado fijo que permite reemplazar uno o más dientes faltantes con un diente artificial. Dos o más dientes sufrirán una modificación (retirar la estructura del diente) para la colocación de coronas que servirán como pilares o "anclas" para el puente.

_____ El tratamiento de los dientes con una corona podría implicar restaurar las áreas dañadas del diente por encima y por debajo de la línea gingival con una corona. El proceso a menudo requiere la colocación de una corona temporal. En caso de que se use CAD-CAM para fabricar una corona, no se podrá utilizar una corona temporal.

_____ Una vez que se haya colocado una corona temporal (interina), es crucial regresar para que se coloque la corona permanente, dado que la corona temporal no está diseñada para funcionar como la corona permanente. Si se rompe la corona temporal, se suelta o si el diente es incómodo, debería informarse al dentista de inmediato. Si no se reemplaza la corona temporal (interina) con la corona permanente, se podrían producir caries, enfermedad periodontal, infecciones, problemas con la mordida y pérdida de uno o más dientes.

_____ La restauración de un diente con una corona podría requerir dos fases: 1) preparación del diente, realización de una impresión o molde (que se utiliza para la fabricación de la corona final), envío de ese molde a un laboratorio dental, posterior construcción y cementación temporal de una corona temporal (interina) o en algunos casos el uso de CAD-CAM (escaneo asistido por computadora del arco dental y diente para fabricar la corona) o 2) remoción de la corona temporal (interina) (si fuera necesario), ajuste y cementación de la corona permanente después de haber verificado y aceptado la estética y función.

Beneficios de puente(s) y corona(s), no limitados a los siguientes:

_____ Comprendo que se puede lograr una apariencia estética razonable.

_____ Establece una superficie oclusal o "de masticación" con los dientes opuestos. Puede servir para reducir o restringir el desplazamiento o movimiento de los dientes opuestos causado por la falta de un diente.

_____ La corona por lo general se usa para fortalecer y restaurar un diente dañado por caries, fractura o empastes anteriores (restauraciones). También sirve para proteger al diente al cual se le ha hecho un tratamiento de conducto y puede mejorar la forma en la cual encastran los dientes.

_____ Las coronas se pueden utilizar con el fin de mejorar la apariencia de los dientes dañados, decolorados, deformes, desalineados o con un espaciado incorrecto.

Riesgos de puente(s) y corona(s), no limitados a los siguientes:

- _____ Comprendo que preparar un diente para una corona o como corona de pilar para un puente podría irritar más el tejido nervioso (llamado la pulpa) en el centro del diente, lo cual dejaría al diente sensible al calor, al frío o a la presión. Esos dientes sensibles podrían requerir un tratamiento adicional que incluye endodoncia o tratamiento de conducto.
- _____ Entiendo que mantener abierta mi boca durante el tratamiento podría dejarme una sensación temporal de dolor y rigidez en la mandíbula y que esto podría hacer que me sea difícil abrir mucho la boca durante varios días, lo que se conoce a veces como trismo. No obstante, esto puede ser ocasionalmente una indicación de una condición o un problema significativo. En caso de que esto ocurra, debo notificar a este consultorio si sufro un trismo persistente o surgen otras preocupaciones similares.
- _____ Comprendo que una corona podría afectar la forma en la cual se encastran mis dientes y podría hacer que mi mandíbula se sienta dolorida. Esto podría requerir el ajuste de mi mordida mediante la alteración de la superficie de mordida de la corona, los dientes adyacentes o los dientes opuestos.
- _____ Entiendo que el borde de una corona por lo general está cerca de la línea gingival, la cual está en un área propensa a irritación gingival, infección o caries. El cepillado y el uso de hilo dental adecuados en el hogar, la dieta saludable y las limpiezas profesionales regulares son algunas de las medidas preventivas esenciales para ayudar a controlar estos problemas.
- _____ Comprendo que hay un riesgo de aspirar (inhalar) o tragar el/los puente(s) o la(s) corona(s) durante el tratamiento.
- _____ Entiendo que podría recibir una anestesia local u otra medicación. En casos raros, los pacientes podrían tener una reacción a la anestesia, lo cual podría requerir atención médica de emergencia, o podrían notar que reduce su habilidad de controlar la deglución. Esto aumenta la probabilidad normal de tragar objetos extraños durante el tratamiento. **Según la anestesia y los medicamentos que se administren, podría necesitar un conductor designado para que me lleve a casa.** En casos excepcionales, se puede producir una lesión temporal o permanente del nervio por una inyección.
- _____ Comprendo que TODOS los medicamentos tienen el potencial de riesgos inherentes, efectos secundarios e interacciones entre medicamentos. Por lo tanto, es crucial que informe a mi dentista todos los medicamentos que estoy tomando en la actualidad, los cuales son: _____

- _____ Entiendo que se harán todos los esfuerzos razonables para garantizar el éxito de mi tratamiento. Hay un riesgo de que el procedimiento de la corona no salve el diente y, en consecuencia, el éxito no está garantizado.

Consecuencias si no se realiza un tratamiento, no limitadas a las siguientes:

- _____ Comprendo que si no se realiza ningún tratamiento, podría sufrir síntomas que podrían incrementar en gravedad y podrían producir caries, enfermedad periodontal, infecciones, problemas con la mordida y pérdida de uno o más dientes. También entiendo que sin ningún tratamiento no cambiará la apariencia cosmética de mis dientes y esta podría deteriorarse.

Alternativas a puente(s) o corona(s), no limitadas a las siguientes:

_____ Comprendo que según la razón por la cual me coloquen un puente o una corona, podrían haber alternativas que incluyen el reemplazo del diente faltante con implantes o tipos removibles de restauraciones. Le he preguntado a mi dentista sobre ellas y sus respectivos costos. Han respondido satisfactoriamente mis preguntas relacionadas con todos los procedimientos y sus riesgos, beneficios y costos.

Alternativas abordadas: _____

Nadie me ha garantizado ni asegurado que el tratamiento o la cirugía propuesta curará o mejorará la(s) condición(es) indicada(s) anteriormente.

Marque las casillas a continuación que se aplican a su caso:

Consentimiento

- Me han informado, de forma oral y mediante la información proporcionada en este formulario, sobre los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto.
- Me han informado, de forma oral y mediante la información proporcionada en este formulario, sobre los riesgos sustanciales y beneficios del tratamiento alternativo y de elegir no tratar mi condición.
- Certifico que he leído y comprendo la información anterior, que entiendo las explicaciones a las cuales se hace referencia, que han respondido a mis preguntas y que se han llenado los espacios en blanco que debía completar o en los que debía colocar información. Autorizo e instruyo al/a la Dr./Dra. _____ a hacer lo que considere necesario y aconsejable en virtud de las circunstancias.
- Doy mi consentimiento para que me realicen el tratamiento mencionado anteriormente.
- Aunque el tratamiento podría no estar cubierto por mi seguro médico o dental, acepto cualquier responsabilidad económica por este tratamiento y lo autorizo.

o

Rechazo

- Me niego a dar mi consentimiento para el/los tratamiento(s) propuesto(s) descrito(s) anteriormente y comprendo las posibles consecuencias asociadas con este rechazo.

Paciente o representante del paciente

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Doy fe de que he abordado los riesgos, los beneficios, las consecuencias y las alternativas del tratamiento anterior con _____ (Paciente o representante del paciente) y que él o ella ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Creo que el paciente comprende lo que se le ha explicado y da su consentimiento para el tratamiento indicado anteriormente o lo rechaza.

Firma del dentista

Fecha