

## Análisis y consentimiento informado para empaste(s)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamiento y número(s) de diente(s): \_\_\_\_\_

**Comprendo que al firmar debajo estoy autorizando la realización del/de los procedimiento(s) y he leído y comprendo todo este formulario, lo que incluye los posibles riesgos y complicaciones del/de los procedimiento(s) elegido(s) y las alternativas disponibles.**

### Información importante:

*Se necesitan las iniciales del paciente*

### Empastes

\_\_\_\_\_ Los empastes se utilizan para proteger una superficie sensible del diente, reemplazar la estructura del diente, aliviar el dolor, cubrir un área erosionada y llenar un orificio o espacio en la estructura del diente.

\_\_\_\_\_ Comprendo que debo tener cuidado al masticar después de la colocación de los empastes, especialmente durante las primeras 24 horas, para evitar que se rompa. Entiendo que podría necesitarse un empaste más amplio que el que se diagnosticó originalmente debido a una caries adicional que esté presente al momento del tratamiento. Después de un empaste, podría haber sensibilidad de los dientes que puede durar por un período corto de tiempo. Si la sensibilidad continúa, avisaré a mi dentista ya que puede ser una señal de problemas más graves. Durante la preparación para un empaste, la remoción de la estructura del diente podría generar una exposición o un trauma en el nervio subyacente o el tejido de la pulpa. Una sensibilidad extrema o un posible absceso con frecuencia indican que la pulpa no sanó. Si ocurre esto, podría necesitarse un tratamiento de conducto o una extracción. Debido a las presiones masticatorias extremas u otras fuerzas traumáticas, es posible que los empastes se desprendan o fracturen. La unión entre el esmalte y la resina que adhiere el material de relleno a la estructura del diente también puede fallar, con una consecuente fuga o caries recurrente.

\_\_\_\_\_ Entiendo que demorar el tratamiento puede causar daños, podría avanzar la enfermedad dental, podría generarse un daño mayor a los dientes y podría aparecer infección e inflamación, lo que resultaría en un tratamiento adicional y en sus gastos asociados.

### Anestesia local

\_\_\_\_\_ En conexión con mi trabajo dental, se podría usar un anestésico local para controlar el dolor durante los procedimientos dentales. Todos los anestésicos generan riesgos y posibles efectos secundarios. Estos incluyen, entre otros, inflamación, hematomas, irritación, presión sanguínea o pulso elevados, reacción alérgica y sensación alterada que podría hacer que uno se muerda el labio o la lengua. El adormecimiento parcial o completo podría perdurar después de la cita dental. En casos raros podría mantenerse durante un período largo de tiempo y ocasionalmente podría ser permanente.

### Tipos de empastes disponibles:

Por favor, marque la casilla correspondiente:

Compuesto (empaste del color del diente): Los empastes blancos o de resina tienen la ventaja de permitir una preparación del diente más "conservadora", pueden tener un efecto fortalecedor sobre el diente, tienen una mejor estética y prácticamente se mezclan a la vista con el diente natural. Los riesgos que acarrea el empaste compuesto incluyen, entre otros, sensibilidad de los dientes, riesgo de líneas de fractura en la estructura del diente, necesidad de tratamiento de conducto, lesión a los nervios, variación del color del empaste, alteración del habla, quiebre, desprendimiento o falla de la unión debido a presiones u otras fuerzas traumáticas.

Amalgama (contiene plata y mercurio): El mercurio se ha estado utilizando durante décadas como componente del material del empaste para los dientes. No obstante, en los últimos años, algunos opositores al material han afirmado que existe la posibilidad, aunque no se ha demostrado, que la amalgama de plata pueda tener un efecto en la salud general de la persona debido a su contenido de mercurio. Ocasionalmente las virutas generadas por la colocación o el tallado de los empastes de amalgama de plata podrían meterse en los tejidos orales circundantes y alojarse allí. Luego de un período extendido de tiempo, podrían hacerse visibles puntos grises o "tatuajes" dentro de la boca.

\_\_\_\_\_ **He leído la Hoja de hechos de los materiales dentales.**

**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