

Análisis y consentimiento informado para colocación de implante

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Los implantes dentales se utilizan para reemplazar dientes faltantes y proporcionar una base para dientes artificiales.

Ubicación(es) del/de los implante(s): _____

Se necesitan las iniciales del paciente

_____ Por el presente autorizo e instruyo al/a la Dr./Dra. _____ a realizar la colocación quirúrgica de uno o más implantes dentales en mi maxilar superior y/o inferior. Este procedimiento tiene una fase quirúrgica y una fase de curación seguida de una fase protética (dientes artificiales).

_____ Comprendo que se realizará una o más incisiones en el interior de mi boca (encías) con el fin de colocar uno o más elementos fijos de metal o cerámica en mi(s) maxilar(es) que servirá(n) como anclaje(s) para uno o más dientes faltantes o para estabilizar una corona, una dentadura o un puente. Reconozco que el doctor/la doctora me ha explicado los procedimientos, lo que incluye el/los número(s) de diente(s) y la ubicación del tratamiento. Entiendo que posteriormente un dentista general o especialista acordado unirá la corona, la dentadura o el puente a este implante y que el costo de ese trabajo será mi responsabilidad adicional.

_____ Reconozco que se podría necesitar un segundo procedimiento quirúrgico para destapar la parte superior del implante y que durante las primeras dos semanas posteriores a la cirugía inicial, no debería usar dentaduras sobre los lugares quirúrgicos sin la aprobación previa del/de la Dr./Dra. _____.

_____ Comprendo que habrá un proceso de curación de aproximadamente tres a seis meses en el cual no podré usar el/los implante(s) para su objetivo final pretendido. He recibido bibliografía, información sobre la anestesia, instrucciones pre y postquirúrgicas e información sobre la dieta.

_____ Entiendo que no se puede hacer una estimación específica en relación con el período de longevidad y retención del/de los implante(s). Nadie me ha garantizado ni asegurado que el tratamiento propuesto curará o mejorará mi(s) condición(es) actual(es). Si es necesario quitar el/los implante(s), debería poder regresar a usar una dentadura convencional o dentadura parcial o podrían colocarme uno o más implantes adicionales en el futuro. También me han explicado que una vez que se inserta el implante, se debe seguir y completar el plan entero de tratamiento según lo programado. Si no se respeta lo programado, el/los implante(s) podría(n) fallar (quedar flojos).

_____ Comprendo que habrá mantenimiento adicional para el/los implante(s) y que podría(n) necesitar reparación. Yo soy responsable de todos los costos quirúrgicos después del primer año de tratamiento. Seguiré las instrucciones pre y postquirúrgicas que me han proporcionado.

Riesgos, beneficios y alternativas:

Se necesitan las iniciales del paciente

_____ a. *Riesgos, no limitados a los siguientes:* Aunque la cirugía de implante dental tiene una alta tasa de éxito, como sucede con todas las cirugías, conlleva la posibilidad de complicaciones. Estas incluyen, entre otras, las siguientes:

- Inflamación que empeora tras 48 horas.
- Dolor intenso que no se puede aliviar con medicamentos recetados.
- Infección.
- Pérdida permanente (adormecimiento) o alteración de la sensación del nervio que causa un adormecimiento o una sensación de cosquilleo en el labio, la lengua (lo que incluye pérdida del gusto), mejilla, mentón, encías o dientes.
- Infecciones o complicaciones sinusales.
- Sangrado excesivo o prolongado.
- Dolor en la articulación temporomandibular o funcionamiento anormal del maxilar o fractura del maxilar.
- Daño a empastes, raíces o dientes adyacentes.
- Pérdida ósea alrededor del implante.
- Fracaso y pérdida del implante (el hueso no crece alrededor del implante).

Entiendo que si se produce cualquiera de los anteriores debo llamar *de inmediato* al/a la Dr./Dra. _____

_____ b. *Beneficios, no limitados a los siguientes:* Los beneficios más comunes son mejor eficiencia al masticar, mejor apariencia o habla, prevención de pérdida ósea y retención de dientes adyacentes.

_____ c. *Consecuencias de los implantes y las prótesis en la boca:* Comprendo que fumar, consumir alcohol en exceso y masticar alimentos duros como hielo o caramelos duros podría generar daños en mis implantes y puede hacer que fracasen por completo (queden flojos). Aunque los implantes pueden tener una tasa de éxito muy alta, los estudios demuestran que en la gente que fuma, la tasa de éxito cae significativamente.

_____ Entiendo que debo mantener limpios mis implantes y prótesis mediante un mantenimiento diario, así como controles y limpiezas regulares en el consultorio de mi dentista y que debo realizarme radiografías anuales para observar los niveles óseos alrededor del/de los implante(s). Esto se debe a que pueden producirse infecciones alrededor de los implantes dentales como lo hacen alrededor de dientes naturales.

_____ Comprendo que además de los riesgos y las complicaciones asociadas con los implantes y las prótesis, podrían surgir ciertas complicaciones por el uso de anestesia (agente adormecedor) o sedantes. Me han explicado los riesgos, los beneficios y las alternativas relacionadas con la anestesia e informaré sobre cualquier alergia que tenga o cualquier sustancia o medicamento que esté tomando porque podrían afectar mi respuesta a la anestesia o al sedante.

Criterios del paciente

Casi toda persona a la cual le faltan dientes puede beneficiarse de un tratamiento de implante. Aquellas que estén teniendo problemas para masticar y dificultades para utilizar un aparato dental removible pueden considerar una restauración anclada a un implante como una posible opción de tratamiento. Aquellas que no tengan una enfermedad o condición que interfiera con la curación adecuada después de la cirugía del implante, es decir, diabetes no controlada o radiación/quimioterapia para tratar el cáncer, y que tengan suficiente hueso que sea suficientemente denso para fijar los implantes son candidatas para la opción de un tratamiento de implante.

_____ Entiendo la importancia de proporcionar mi historial médico completo a los dentistas que van a realizar mi plan de tratamiento de implante. He informado todos los medicamentos, las alergias y las reacciones previas

conocidas a fármacos, alimentos, picaduras de insectos, anestésicos, polen, polvo, enfermedades de la sangre o del cuerpo, reacciones en encías o piel, sangrado anormal o cualquier otra condición relacionada con mi salud.

_____ Estoy tomando_____/No estoy tomando en la actualidad o he tomando en el pasado bisfosfonatos con el fin de tratar la osteoporosis.

_____ Comprendo que el/la Dr./Dra. _____podría decidir cancelar la cirugía de implante una vez que esté en progreso si necesito injertos óseos complementarios o cualquier otro tipo de injerto para incrementar el reborde y permitir la colocación, el cierre de la encía o la fijación del/de los implante(s). Una vez que esté en marcha la cirugía, podrían descubrir que no soy candidato/a para el tratamiento de implante.

_____ Solicito y autorizo servicios dentales que incluyen la cirugía de implante y otro tratamiento relacionado. Entiendo completamente que durante el procedimiento contemplado, podrían aparecer condiciones quirúrgicas o del tratamiento que justifiquen, a criterio del doctor/de la doctora, un tratamiento adicional o alternativo para el éxito del tratamiento integral. Apruebo toda modificación en el diseño, los materiales o la atención si mi doctor/a determina que es la mejor opción para mi beneficio. Si aparece una condición imprevista en el curso del tratamiento que exige la realización de procedimientos adicionales o diferentes a aquellos contemplados ahora o si las condiciones clínicas resultan ser desfavorables para el uso del/de los implante(s) o impiden la colocación de implantes, entiendo, autorizo e instruyo a mi doctor/a a hacer lo que considere necesario y aconsejable en virtud de las circunstancias, lo que incluye la decisión de no proceder con el tratamiento.

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