

Análisis y consentimiento informado para incrustación(es)

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.

Indirecta (hecha en laboratorio):

Se necesitan las iniciales del paciente

Las incrustaciones *inlay* se utilizan generalmente para una restauración grande que llena el espacio entre las cúspides, los puntos altos o los bordes redondeados, en el centro de la superficie del diente o superficie de mordida.

Las incrustaciones *onlay* son una restauración más grande que incluye generalmente una o más cúspides del diente, que son puntos altos, o proporciona la cobertura total de la superficie de mordida. La incrustación *onlay* es muy similar a la corona tres cuartos.

Información importante:

_____ La restauración de un diente con una incrustación *inlay/onlay* podría requerir dos fases: 1) preparación del diente, realización de una impresión o molde (que se utiliza para la fabricación de la incrustación final), envío de ese molde a un laboratorio dental, posterior construcción y cementación temporal de una incrustación *inlay/onlay* temporal (interina) o en algunos casos el uso de CAD-CAM (escaneo asistido por computadora del arco dental y diente). Esta opción podría no requerir una colocación temporal y 2) remoción de la incrustación *inlay/onlay* temporal (interina) (si fuera necesario), ajuste y cementación de la restauración permanente después de haber verificado y aceptado la estética y función.

_____ Una vez que se haya colocado una restauración temporal (interina), es crucial regresar para que se coloque la restauración permanente, dado que la restauración temporal no funciona tan bien como la incrustación *inlay/onlay* permanente. Si se rompe la temporal, se suelta o si el diente es incómodo, debería informarse al dentista de inmediato. Si no se reemplaza la restauración temporal (interina) con la restauración permanente, se podrían producir caries, enfermedad periodontal, infecciones, problemas con la mordida y pérdida de uno o más dientes. En caso de que se fabriquen incrustaciones *inlay/onlay* con CAD-CAM, no se podrá utilizar una restauración temporal.

Beneficios de la(s) incrustación(nes) *inlay/onlay*, 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.

_____ La incrustación *inlay/onlay* por lo general se usa para fortalecer y restaurar un diente dañado por caries, fractura o empastes anteriores (restauraciones). También sirve para mejorar los contornos del diente y la forma en la cual encastran los dientes.

Riesgos de la(s) incrustación(nes) *inlay/onlay*, no limitados a los siguientes:

- _____ Comprendo que preparar un diente para una incrustación *inlay/onlay* 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 incrustación *inlay/onlay* podría alterar 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 restauración, los dientes adyacentes o los dientes opuestos.

- _____ Comprendo que hay un riesgo de aspirar (inhalar) o tragar la incrustación *inlay/onlay* durante el tratamiento.

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.

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 dentista 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