

Análisis y consentimiento informado para tratamiento periodontal no quirúrgico

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Diagnóstico: _____

Cuadrantes: _____

Hechos que debe considerar

Se necesitan las iniciales del paciente

- _____ Un examen de su cavidad oral incluye medir las bolsas debajo de las encías que rodean sus dientes para determinar si la condición de su encía requiere tratamiento. Se tomarán radiografías para verificar la condición del hueso que sostiene sus dientes.

- _____ En general, a medida que se pierde hueso del periodonto (el hueso que está directamente unido a los dientes), aumenta la profundidad de las bolsas y, por lo general, se forman "bolsas profundas". Esto es significativo porque las bacterias pueden alojarse fácilmente debajo de las encías adheridas a las raíces de los dientes y pueden causar una pérdida ósea continua. Por esta razón, la terapia primordial en el tratamiento periodontal es disminuir la profundidad de las bolsas. Cuanto menor sea la profundidad de las bolsas, más sano será el periodonto.

- _____ El tratamiento periodontal (de las encías) tiene el objetivo de quitar la sustancia bacteriana conocida como placa, la cual es la principal causante de enfermedad gingival, y los depósitos minerales duros llamados cálculos por encima y por debajo de la línea gingival.

- _____ El tratamiento implica *raspado*, que utiliza instrumentos manuales para retirar la placa y los cálculos de los dientes y luego se alisan las superficies radicales. Hay medicamentos o enjuagues bucales especiales que pueden usarse para ayudar a controlar el crecimiento de las bacterias y podrían ser parte del tratamiento.

- _____ El éxito a largo plazo del tratamiento depende en parte de sus esfuerzos por cepillarse y usar hilo dental a diario, recibir limpiezas regulares cuando se le indique, seguir una dieta saludable, evitar productos de tabaco y seguir los cuidados adecuados en el hogar que le hayan enseñado en nuestro consultorio.

- _____ Se podría administrar un anestésico (medicación que adormece) tópico o local justo antes del tratamiento según la sensibilidad del área que se va a tratar.

Beneficios del tratamiento periodontal no quirúrgico, no limitados a los siguientes:

- _____ Las limpiezas dentales profesionales regulares crean un entorno limpio en el cual pueden sanar las encías, reducen la probabilidad de una mayor irritación e infección, hacen que para usted sea más fácil mantener los dientes limpios y disminuyen el costo de reemplazar los dientes perdidos debido a enfermedad gingival.

Riesgos del tratamiento periodontal no quirúrgico, no limitados a los siguientes:

- _____ Comprendo que uno de los efectos del tratamiento es que mis encías podrían sangrar o inflamarse y podría tener una incomodidad moderada después de que deje de hacer efecto la anestesia. Podría haber irritación durante algunos días, la cual puede tratarse con medicación para el dolor. Avisaré al consultorio si estas condiciones persisten más de unos pocos días.

- _____ Entiendo que dado que las limpiezas implican contacto con bacterias y tejido infectado en mi boca, también podría sufrir una infección que podría requerir tratamiento con antibiótico u otros tratamientos.
- _____ 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 después del tratamiento, a medida que sanan mis tejidos gingivales podrían achicarse en cierta medida, exponiendo algo de la superficie radicular. Esto podría hacer que mis dientes sean más sensibles al calor o al frío. Entiendo que podrían necesitarse procedimientos quirúrgicos adicionales para tratar las áreas expuestas.
- _____ Comprendo que según mi condición dental actual, los problemas médicos actuales o los medicamentos que pueda estar tomando, estos métodos de tratamiento periodontal por si solos podrían no revertir totalmente los efectos de la enfermedad gingival o prevenir problemas futuros.
- _____ Entiendo que podría recibir una anestesia tópica o local u otra medicación como parte de mi tratamiento. En casos raros, los pacientes podrían tener una reacción a la anestesia, lo cual podría requerir atención médica de emergencia. **Debido a la anestesia, 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, lo que causaría adormecimiento o dolor en labios, mentón, mejillas, dientes o lengua.
- _____ Comprendo que TODOS los medicamentos tienen el potencial de riesgos, efectos secundarios e interacciones entre medicamentos. Por lo tanto, es crucial que informe a mi dentista todos los medicamentos y suplementos que estoy tomando en la actualidad, los cuales son: _____
- _____ Entiendo que fumar puede afectar adversamente el resultado del tratamiento periodontal sugerido y que los resultados finales del tratamiento periodontal podrían ser mínimos o nulos debido a mis antecedentes o al hecho de que no he dejado de fumar.
- _____ Entiendo que se harán todos los esfuerzos razonables para garantizar el tratamiento adecuado de mi condición, aunque no es posible garantizar los resultados. Al firmar a continuación, reconozco que he recibido información adecuada sobre el tratamiento propuesto, que entiendo esta información y que han respondido satisfactoriamente a todas mis preguntas.

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

- _____ Entiendo que si no se realiza ningún tratamiento o si el tratamiento en proceso se ve interrumpido o cancelado, mi condición periodontal actual podría continuar y es probable que empeore. Esto podría conducir a una mayor inflamación e infección de los tejidos gingivales, caries dental por encima y por debajo de la línea gingival, deterioro del hueso que rodea los dientes y eventualmente la pérdida de dientes.

Alternativas al tratamiento periodontal no quirúrgico, no limitadas a las siguientes:

_____ Comprendo que también podrían necesitarse métodos quirúrgicos para ayudar a controlar mi enfermedad gingival. He abordado las alternativas y los gastos asociados con mi dentista. Han respondido satisfactoriamente a mis preguntas relacionadas con 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 beneficios y las alternativas 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