

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCIONES DENTALES

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

DIAGNÓSTICO: _____

TRATAMIENTO: _____

Hechos a considerar

Se requieren las iniciales del paciente

_____ Una extracción significa sacar uno o más dientes. Dependiendo de su condición, esto puede exigir que los dientes sean seccionados o que el tejido de la encía o hueso sea recortado. Si aparece alguna dificultad inesperada durante el tratamiento, es posible que le envíe a un cirujano oral, que es un especialista en cirugía dental.

_____ Una vez que el diente es extraído, usted tendrá un espacio que tal vez desee llenar con un aparato fijo o removible. Tal vez sea necesario reemplazar los dientes faltantes para evitar el movimiento de los dientes adyacentes y/u opuestos y mantener su función, o por razones de apariencia estética. Se le explicarán las opciones de recibir un aparato fijo o removible.

_____ Como con todos los procedimientos quirúrgicos, las extracciones no son perfectamente seguras. Ya que cada persona es única y responde de manera diferente a la cirugía, el proceso de cicatrización puede variar y no es posible brindar garantías.

_____ Los dientes que se extraen y no se reemplazan pueden hacer que otros dientes se muevan o se separen, creando espacios entre los dientes que quedan y haciendo que después sea difícil o imposible reemplazarlos o enderezarlos. Si se dejan durante un período de tiempo significativo, esta separación puede ocasionar una "maloclusión" (mordida) en la cual los dientes superiores e inferiores no "encajan" como una vez lo hicieron.

Entre otros, los beneficios de la extracción son los siguientes:

_____ El tratamiento propuesto debería ayudar a aliviar sus síntomas y tal vez también le permita proceder con el tratamiento propuesto adicional.

Entre otros, los riesgos de la extracción son los siguientes:

_____ Entiendo que después del tratamiento puedo experimentar pérdida de sangre, dolor, inflamación y molestias durante varios días, síntomas que podrán ser tratados con medicamentos para el dolor. Es posible que después de la extracción aparezca una infección que deberá ser tratada con antibióticos u otros procedimientos. Me pondré en contacto con la oficina del dentista de inmediato si los síntomas persisten o empeoran

_____ Entiendo que tal vez reciba anestesia local y/u otros medicamentos. En ocasiones muy raras, el paciente experimenta una reacción a la anestesia, lo cual puede requerir atención médica de emergencia, o el paciente nota que se reduce su habilidad de controlar el tragado. Esto aumenta las probabilidades de ingerir objetos extraños durante el tratamiento. **Dependiendo de la anestesia y de los medicamentos administrados, es posible que necesite que un conductor designado me lleve en automóvil hasta mi casa.** Raramente, una

inyección puede causar daños temporales o permanentes al nervio ocasionando el adormecimiento del labio, el mentón, las encías, los dientes o la lengua, incluida la pérdida el gusto.

_____ Entiendo que todos los medicamentos presentan posibles riesgos y efectos secundarios, y la posibilidad de que ocurran contraindicaciones con otros fármacos. Por lo tanto, es esencial que yo informe a mi dentista respecto a todos los medicamentos que estoy tomando actualmente, los cuales son: _____

_____ Entiendo que el mantener la boca abierta durante el tratamiento puede causar cierta rigidez y dolor en mi mandíbula y provocar dificultades para abrir bien la boca durante varios días, algunas veces se denomina trismo. Sin embargo, en ocasiones esto puede ser una indicación de algún otro problema. En el caso de que esto ocurra, debo notificar al consultorio dental si experimento trismo persistente o si surge algún otro problema similar.

_____ Entiendo que el coágulo de sangre necesario que se forma en la cavidad puede desintegrarse o desprenderse. Esta afección dolorosa, llamada cavidad seca, dura una semana o más y es tratada colocando un vendaje con medicamento dentro de la cavidad dejada por el diente para ayudar a la cicatrización. Para disminuir las probabilidades de tener una cavidad seca, no debo fumar, beber usando una pajilla, enjuagarme la boca con agua o enjuague bucal, masticar comida en ese área, o molestar de modo alguno la cavidad durante las primeras 24 a 48 horas. Fumar puede afectar de manera negativa el lugar de la extracción que está en proceso de curación y puede ocasionar "alveolitis seca" (una infección del hueso de las paredes alveolares). Los fumadores tienen un alto riesgo de padecer "alveolitis seca" y la padecen más que los no fumadores.

_____ Entiendo que los instrumentos utilizados para extraer un diente pueden accidentalmente romper o dañar dientes adyacentes, lo cual podría exigir un tratamiento adicional para restaurar su apariencia o su función.

_____ Entiendo que los dientes superiores pueden tener raíces que se extienden casi hasta los senos nasales. Al quitar estos dientes es posible que quede un pequeño orificio temporario hacia dichos senos nasales. Es posible que necesite un tratamiento adicional y antibióticos para evitar una infección en la cavidad sinusal y para ayudar a cerrar este orificio. Si ocurre dicha complicación, puede necesitar tratamiento adicional realizado por un médico o cirujía bucal y maxilofacial llevada a cabo por un cirujano.

_____ Entiendo que una extracción puede causar una fractura en el hueso circundante. De vez en cuando, el diente a ser extraído puede estar fusionado con el hueso que lo rodea. En ambas situaciones, es necesario aplicar un tratamiento adicional. En el lugar de la extracción pueden aparecer fragmentos de hueso denominados "espículas", que generalmente son fáciles de extraer.

_____ Entiendo que pueden quedar fragmentos de diente en el lugar de la extracción después de un tratamiento a causa de la condición y la posición del diente/de los dientes. En general, esto no causa problemas, pero en raras ocasiones los fragmentos se infectan y deben ser extraídos.

_____ Entiendo que los nervios que controlan las sensaciones de mis dientes, encías, lengua, labios y mentón corren a través de mi mandíbula. Dependiendo del diente a ser extraído (en especial los dientes inferiores, o los terceros molares), de vez en cuando puede ser *imposible* evitar tocar, mover, estirar, resentir, seccionar o cortar un nervio. Esto podría cambiar las sensaciones normales en cualquiera de estas áreas, causando picazón, cosquilleo o quemazón, o la pérdida de toda sensación, incluido el adormecimiento del mentón, las mejillas, los labios, las encías o la lengua y también la pérdida del gusto. Estos cambios pueden durar entre varias semanas y varios meses, y en algunos casos, indefinidamente.

Entre otras, las consecuencias si no se administra ningún tratamiento son las siguientes:

_____ Entiendo que si no se realiza ningún tratamiento, es posible que continúe experimentando síntomas que pueden incluir dolor y/o infección, deterioro del hueso que rodea mis dientes, cambios en mi mordedura, molestias en la articulación de mi mandíbula, y posiblemente, la pérdida prematura de otros dientes.

Entre otros, los tratamientos alternativos, si la extracción no es la única solución, son los siguientes:

_____ Entiendo que dependiendo de mi diagnóstico, es posible que existan alternativas a una extracción que involucrarán otras disciplinas de la odontología. Le he preguntado a mi dentista sobre ellas y sus respectivos costos. Las preguntas sobre los procedimientos, sus riesgos, beneficios y costos, han sido respondidas a mi satisfacción.

Alternativas discutidas: _____

Nadie me ha asegurado ni me ha dado garantías de que la intervención quirúrgica o los tratamientos propuestos curarán o mejorarán el problema de salud indicado arriba.

Marque las casillas a continuación que se aplican a usted:

Consentimiento

- Me han informado verbalmente y de la información proporcionada en esta forma sobre los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto.
- Me han informado verbalmente y a partir de la información proporcionada en esta forma de los riesgos y beneficios materiales de un tratamiento alternativo y de elegir no tratar mi afección.
- Certifico que he leído y entiendo la información anterior y que entendí las explicaciones mencionadas, que mis preguntas fueron respondidas y que se han completado los espacios en blanco que requieren inserciones o completes. Autorizo y ordeno a este dentista que haga Cualquier cosa que él / ella considere necesario y conveniente en las circunstancias.
- Doy mi consentimiento para recibir el tratamiento mencionado anteriormente.
- Si bien el tratamiento puede ser cubierto por mi seguro médico y / o dental, acepto cualquier responsabilidad financiera por este tratamiento y autorizo el tratamiento.

o

Negativa

- Me niego a dar mi consentimiento para el (los) tratamiento (s) propuesto (s) como se describe anteriormente y entiendo las posibles consecuencias asociadas con este rechazo.

Firma del paciente o padre / tutor legal

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Certifico que he discutido los riesgos, beneficios y consecuencias asociadas con el tratamiento, así como los riesgos y beneficios del tratamiento alternativo con _____ (nombre del paciente o del padre / madre / tutor legal). El paciente ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y creo que mi paciente entiende lo que se ha explicado y acepta voluntariamente el tratamiento que se describe en este documento.

Firma del dentista

Fecha