

# CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE AL TRATAMIENTO

(adjunte la etiqueta  
del paciente aquí)

Al leer y firmar esta forma yo entiendo que español es el idioma que yo entiendo y uso para comunicarme.

(Iniciales) \_\_\_\_\_

## 1. DROGAS, MEDICAMENTOS Y ANESTESIA:

Entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones adversas, algunas de las cuales son, sin estar limitadas a ellas, rojez y hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos, mareos, abortos no provocados y paro cardíaco.

Entiendo que los medicamentos, drogas y anestésicos pueden causar somnolencia y pérdida de la coordinación, la cual puede ser incrementada por el uso del alcohol y otras drogas. Se me ha aconsejado que no consuma alcohol ni que opere ningún vehículo o aparato peligroso mientras estoy tomando medicinas y/o drogas, o hasta que me haya recobrado completamente de sus efectos (esto incluye un periodo de por lo menos veinticuatro horas después que se me de de alta de la cirugía).

Entiendo que ocasionalmente, al inyectármese un anestésico local, entumecimiento o ardor en los labios, puede que experimente en el área de la inyección una anestesia persistente y prolongada o irritación.

Entiendo que si selecciono el uso de Oxido Nitroso, "Atarax," Hidrato de Cloral, "Zanax" o cualquier otro sedativo, existirían posibles riesgos que incluyen, pero no se limitan a la pérdida del conocimiento, la obstrucción de la vía respiratoria, choque anafiláctico, paro cardíaco. Entiendo que necesitaré que alguien me lleve a casa de la oficina dental después que reciba los sedativos. También entiendo que alguien necesita cuidarme muy de cerca por un periodo de 8 a 10 horas, después de mi cita dental para observar los posibles efectos dañinos secundarios como la obstrucción de las vías respiratorias.

(Iniciales) \_\_\_\_\_

## 2. HIGIENE Y PERIODONCIA (PERDIDA DEL TEJIDO Y DEL HUESO):

Entiendo que el éxito a largo plazo del tratamiento y la condición de mi problema oral depende de mis esfuerzos en cuanto al la higiene oral adecuada (por ejemplo: lavarse los dientes y utilizar la seda dental) y el visitar regularmente al doctor.

PERIODONCIA: Entiendo que tengo una condición seria, la cual resulta en la inflamación de las encías y el hueso, y/o pérdida, la cual puede resultar en la pérdida de mis dientes y otras complicaciones. Se me han explicado varios planes de tratamiento, incluyendo la cirugía de las encías, reemplazos o extracciones. También entiendo que aunque estos tratamientos tienen una gran posibilidad de éxito, éste no puede ser asegurado. Ocasionalmente, los dientes tratados podrían necesitar la extracción.

(Iniciales) \_\_\_\_\_

## 3. EXTRACCION DE LOS DIENTES:

Entiendo que el propósito del procedimiento/cirugía es el de dar tratamiento y posiblemente corregir mis tejidos orales enfermos. El médico me ha aconsejado que si esta condición persiste sin tratamiento o cirugía, mi condición oral actual probablemente se empeorará al pasar el tiempo.

Los riesgos potenciales incluyen, pero no están limitados a lo siguiente:

A. Incomodidad post-operativa; hinchazón; sangramiento prolongado; sensibilidad del diente al calor o al frío; encogimiento de las encías (posiblemente experimentando los márgenes de la corona); dientes sueltos; sanamiento tardío (alvéolo seco) y/o infección (exigiendo recetas médicas o tratamiento adicional, por ejemplo: la cirugía).

B. Lesión a los dientes adyacentes, coronas (revestimientos) o rellenos (que necesiten la recimentación de coronas, el reemplaza de rellenos, la fabricación de coronas o la extracción) o lesiones a otros tejidos no dentro del área quirúrgica descrita.

C. Limitación de las aperturas; endurecimiento de los músculos de la cara y/o del cuello; cambios en la mordida; dificultad en la coyuntura temporomandibular (coyuntura de la mandíbula); posiblemente exigiendo terapia física o cirugía.

D. Fragmentos residuales de la raíz o espículas dejadas cuando la extracción completa hubiera necesitado de una cirugía extensa o de complicaciones quirúrgicas innecesarias.

E. Posible fractura del hueso, la cual podría exigir de alambrado o tratamiento quirúrgico.

F. Apertura de la sinus (una cavidad normal situada por encima de los dientes superiores) que necesitaría cirugía adicional.

G. Lesión al nervio subyacente a los dientes que resulten en picazón, entumecimiento o ardor en los labios, barbilla, encías, mejilla, dientes, y/o lengua en el lado operado; esto puede persistir por varias semanas, meses o, en casos remotos, permanentemente.

(Iniciales) \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para que el médico lleve a cabo el tratamiento/procedimiento/cirugía previamente explicado a mi o otros procedimientos que se hayan considerados necesarios para completar la operación planeada.

Si cualquier condición no prevista surgiera durante el transcurso de la operación, se acude al juicio del médico o a procedimientos en añadidura o diferentes de aquellos ahora contemplados, y por lo tanto pido y autorizo al médico para que haga lo que él o ella considere aconsejable, incluyendo el referir a otro dentista o especialista. También entiendo que el costo de esta referencia será mi responsabilidad.

(Iniciales) \_\_\_\_\_

## 4. RESTAURACIONES:

Se me ha aconsejado de la necesidad de restauraciones ya sea de plata o compuestas (plásticas), para reemplazar la estructura dental que se ha perdido debido a la caries. Entiendo que al pasar el tiempo, las restauraciones necesitarán ser reemplazadas debido al desgaste del material. En casos donde permanezca muy poca estructura dental o donde la estructura dental existente se ha fracturado, yo podría necesitar recibir un tratamiento más extensivo (como lo es el tratamiento de nervio radicular, poste, y construcción de poste y coronas), lo cual necesitaría ser cobrado por separado.

Entiendo que la restauración de amalgama de plata es un procedimiento aceptable de acuerdo a la Asociación Dental Americana, y como tal, es un tratamiento utilizado por los dentistas de oficina. Se me han explicado las ventajas y desventajas de materiales alternativos.

(Iniciales) \_\_\_\_\_

## 5. TRATAMIENTO ENDODONTICO (TERAPIA DEL CANAL RADICULAR):

El propósito y el método de la terapia del canal radicular me ha sido explicado, como también lo fueron los tratamientos alternativos razonables y las consecuencias de la falta de tratamiento. Entiendo que después de la terapia del canal radicular mi diente estará quebradizo y debe ser protegido contra fractura, colocando una corona (revestimientos) sobre el diente.

Entiendo que los riesgos del tratamiento pueden incluir, pero no están limitados a los siguiente:

A. Incomodidad post-operativa que puede durar unas cuentas horas o varios días, para la cual se recetará medicamentos si se considera necesario por el médico.

B. Hinchazón post-operativa del área de la encía en la vecindad del diente tratado o la hinchazón facial, las cuales pueden persistir por varios días o más.

C. Infección.

D. Apertura restringida de la mandíbula.

E. Rompimiento de los instrumentos del conducto radicular durante el tratamiento, los cuales al juicio del doctor se pueden dejar en el conducto radicular tratado o hueso como parte de la material del rellenos; o tal vez necesite cirugía.

F. Perforación del canal radicular con instrumentos, los cuales podrían necesitar tratamiento quirúrgico adicional o resultar en la pérdida prematura del diente o extracción.

G. Riesgo de entumecimiento temporal o permanente en las áreas tratadas.

Entiendo que un procedimiento de pulpotomía o "abierto y medicamento" que se lleve a cabo no es un tratamiento permanente y que necesito pagar y terminar la terapia del conducto radicular. Si el tratamiento del conducto radicular no es finalizado, me expongo a una infección y/o la pérdida del diente.

Si no se lleva a cabo la terapia del conducto radicular, el tratamiento podría tener que repetirse, se podría necesitar la cirugía del conducto radicular o el diente tendría que ser extraído.

(Iniciales) \_\_\_\_\_

**[ ] 6. CORONA Y PUENTE (REVESTIMIENTO):**

Entiendo que a veces no es posible cotejar el color del diente natural exactamente con el diente artificial. Entiendo que a veces, durante la preparación de un diente para una corona, puede ocurrir la exposición de la pulpa, necesiándose una posible terapia del conducto radicular.

Entiendo que al igual que los dientes naturales, las coronas y los puentes necesitan mantenerse limpios con una higiene oral adecuada y limpiándose periódicamente; de otra manera se pueden desarrollar las caries por debajo y/o alrededor de los márgenes de la restauración, lo que lleva a más tratamiento dental.

(Iniciales) \_\_\_\_\_

**[ ] 7. DENTADURAS - COMPLETAS O PARCIALES:**

Los problemas de llevar dentaduras postizas me han sido explicados, incluyendo los aflojamientos, dolencias y la posible ruptura y rebasamiento debido al cambio de tejido. Las citas de seguimiento son una parte íntegra del mantenimiento y el éxito de un aparato protésico. Los puntos persistentes de dolor deben ser examinados inmediatamente por el médico.

Entiendo además que la intervención quirúrgica para la extracción (por ejemplo, torus/hueso, recontomear el hueso o implantes) podrían ser necesarios para ser adecuadamente ajustados. Entiendo además que debido a la pérdida del hueso o de otros factores que compliquen la situación, quizás nunca podré utilizar dentaduras a mi entera satisfacción.

(Iniciales) \_\_\_\_\_

**[ ] 8. DENTISTERIA DE NIÑOS:**

Entiendo que los siguientes procedimientos se utilizan rutinariamente en esta oficina y que también son aceptados en la profesión dental:

A. REFUERZOS POSITIVOS: Se premia al niño que exhiba un comportamiento deseable utilizando alabanzas, dándole una palmadita o abrazo o a regalitos o juguetes.

B. CONTROL DE LA VOZ: El doctor cambia el tono de voz o aumenta el volumen de la voz para lograr la atención de un niño que desorganiza e interrumpe.

C. RESTRICCIÓN FÍSICA: Es el restringir los movimientos del niño destinados a desorganizar e interrumpir aguantando sus manos, la parte superior del cuerpo, la cabeza y/o las piernas, utilizándose la mano o el brazo del dentista o del asistente, or por la utilización de un aparato especial (llamado la "la tabla de papoose").

D. OXIDO NITROSO Y/O SEDACION ORAL: El óxido nitroso es un gas suave que se mezcla con oxígeno y se utiliza para sedar a una persona. Se administra a través de una máscara colocada sobre la nariz del niño. Las sedaciones orales son medicamentos administrados a los niños para ayudarlos a relajarse. Con su utilización, el padre or tutor debe entender que el niño no debe comer o tomar por un periodo de cuatro horas previas a la cita para la sedación. El padre o tutor debe estar disponible para acompañar el niño a casa después del procedimiento de sedación y observar su comportamiento a través del día.

Entiendo que con la utilización de la inyección, utilizada para adormecer el diente para el procedimiento dental, existe la posibilidad de que el niño sin darse cuenta se muerda el labio causando una lesión.

Entiendo la necesidad de volver a la oficina, para que el niño sea evaluado, si no desaparece en él la hinchazón o el dolor, después de un periodo suficiente de tiempo.

Entiendo que existe la necesidad de volver a la oficina en un periodo de tres meses después del tratamiento a los nervios de un "diente de bebé" para una evaluación y la posibilidad de que se necesite una extracción.

(Iniciales) \_\_\_\_\_

**ENTIENDO QUE NO SE ME HA DADO NINGUNA GARANTIA O SEGURIDAD QUE EL TRATAMIENTO PROPUESTO SERA CURATIVO O EXITOSO A MI ENTERA SATISFACCION. CONVENGO EN COOPERAR COMPLETAMENTE CON LAS RECOMENDACIONES DEL DOCTOR MIENTRAS ESTOY BAJO SU CUIDADO, ENTENDIENDO QUE EL DEJAR DE HACERLO PODRIA RESULTAR EN RESULTADOS POR DEBAJO DE LO OPTIMO.**

**CERTIFICO QUE HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER Y ENTENDER COMPLETAMENTE LOS TERMINOS Y PALABRAS CONTENIDAS EN LA PRESENTE Y DOY MI CONSENTIMIENTO A LA OPERACION Y A LAS EXPLICACIONES REFERIDAS O HECHAS. SE ME HA ANIMADO A PREGUNTAR, Y QUE ME CONTESTEN A MI ENTERA SATISFACCION.**

**ENTIENDO QUE ESTOS SERVICIOS DENTALES SON PROPORCIONADOS SIN DISCRIMINACION BASADA EN LA RAZA, RELIGION, COLOR, NACIONALIDAD, SEXO, ORIENTACION SEXUAL, INCAPACIDAD FISICA O MENTAL, EDAD O ESTADO CIVIL Y PROTEGE LA PRIVACIDAD DE CADA UNO DE SUS PACIENTES.**

Firma: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Paciente o Representate Legal

Doctor: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_