

DISCUSIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EXTRACCIÓN

Nombre del Paciente: _____ Número de Registro: _____

Diagnóstico: _____

Hechos para Consideración

Iniciales del paciente requerido

_____ Una extracción implica la extracción de uno o más dientes. Dependiendo de su condición, esto puede requerir seccionar los dientes o recortar la encía o el tejido del hueso. Si se presenta alguna dificultad inesperada durante el tratamiento, puedo referir usted a un cirujano oral, que es un especialista en la cirugía dental.

_____ Cuando se extrae el diente, tendrá un espacio que puede querer llenar con un aparato fijo o extraíble. Puede ser necesario reemplazar los dientes que faltan para evitar la deriva de los dientes adyacentes y/o opuestos para mantener la función, o para apariencias cosméticas. Las opciones de un fijo o una aplicación extraíble le serán explicadas.

_____ Como en todos los procedimientos quirúrgicos, las extracciones pueden no ser perfectamente seguras. Dado que cada persona es única y responde de manera diferente a la cirugía, el proceso de curación puede variar; no se pueden hacer garantías.

Beneficios de la Extracción, No Se Limita a lo Siguiete:

_____ El tratamiento propuesto debe ayudar a aliviar sus síntomas y también puede permitirle continuar con el tratamiento propuesto.

Riesgos de Extracción, No Se Limita a lo Siguiete:

_____ Entiendo que después del tratamiento, puedo experimentar sangrado, dolor, hinchazón e incomodidad durante varios días, que puede tratarse con medicamentos para el dolor. Es posible que la infección pueda seguir la extracción y debe tratarse con antibióticos u otros procedimientos. Me ponerme en contacto con la oficina inmediatamente si los síntomas persisten o empeoran.

_____ Entiendo que recibiré un anestésico local y/o otro medicamento. En casos raros, los pacientes tienen una reacción al anestésico, que puede requerir atención medial de emergencia, o encuentran que reduce su capacidad para controlar la deglución. Esto aumenta la posibilidad de tragar objetos extraños durante el tratamiento. Dependiendo de la anestesia y medicamentos administrados, es posible que necesite un conductor designado para llevarme a casa. En raras ocasiones, una inyección puede ocasionar una lesión nerviosa temporal o permanente.

_____ Entiendo que todos los medicamentos tienen el potencial de riesgos, efectos secundarios e interacciones con los medicamentos que estoy tomando actualmente, que son:

_____ Entiendo que mantener la boca abierta durante el tratamiento puede temporalmente dejar mi mandíbula sintiéndose dura y dolorida y puede hacer que me sea difícil abrir por mucho tiempo durante varios días. Sin embargo, esto puede ser ocasionalmente una indicación de un problema más. Debo notificar a su oficina si esto u otras preocupaciones surgen.

_____ Entiendo que el necesario coágulo de sangre que se forma en el vaso puede desintegrarse o desalojarse. Esta condición dolorosa, llamada llave seca, dura una semana o más y se trata colocando un apósito medicinal en la llave dental para ayudar a la curación. Para proteger contra el desarrollo de llave seca, no debo fumar, beber a través de una paja, enjuagar con agua o enjuague bucal, masticar alimentos en esa zona, o perturbar el enchufe de cualquier manera durante 24 a 48 horas

_____ Entiendo que los instrumentos utilizados para extraer un diente pueden inevitablemente astillarse o dañar los dientes adyacentes, lo que podría requerir tratamiento adicional para restaurar su apariencia o función.

_____ Entiendo que los dientes superiores tienen raíces que se pueden extender cerca de los senos. Quitar estos dientes puede dejar temporalmente una pequeña apertura en los senos. Los antibióticos y el tratamiento adicional pueden ser necesarios para prevenir una infección del seno y ayudar a esta apertura a cerrarse.

_____ Entiendo que una extracción puede causar una fractura en el hueso circundante. Ocasionalmente, el diente que se va a extraer puede ser fusionado con el hueso circundante. En ambas situaciones, es necesario un tratamiento adicional. Los fragmentos óseos, llamados "espículas", pueden surgir en el sitio después de la extracción y generalmente se eliminan fácilmente.

_____ Entiendo que los fragmentos de dientes pueden dejarse en el sitio de extracción después del tratamiento debido a la condición y posición del diente/dientes. Generalmente, esto no causa problemas, pero en raras ocasiones, los fragmentos se infectan y deben ser eliminados.

_____ Entiendo que los nervios que controlan las sensaciones en mis dientes, encías, lengua, labios y mentón corren a través de mi mandíbula. Dependiendo del diente que se va a extraer (particularmente los dientes inferiores o los terceros molares), ocasionalmente, puede ser imposible evitar tocar, mover estiramientos, moretones, cortar o cortar un nervio. Esto podría cambiar las sensaciones normales en cualquiera de estas áreas, causando picazón, hormigueo o ardor, o la pérdida de toda la sensación. Estos cambios podrían durar de varias semanas a varios meses, o en algunos casos, indefinidamente.

Consecuencias si No se Administra Tratamiento, No Se Limita a lo Siguiente:

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

Tratamientos Alternativos si la Extracción no es la Única Solución, No Se Limita a lo Siguiente:

_____ Entiendo que dependiente del diagnóstico, alternativas a la extracción pueden existir en otras disciplinas. Entiendo que dependiendo de mi diagnóstico, pueden existir alternativas a la extracción que involucren otras disciplinas en odontología. Entiendo que si hay alternativas a la extracción no ofrecida por Saban Community Clinic, sería responsable de buscar esas alternativas en otro consultorio dental a mi costo. Mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción con respecto a los procedimientos y sus riesgos y beneficios.

Alternativas Discutidas: _____

Ninguna garantía o aseguramiento de que el tratamiento o cirugía propuesta curará o mejorará la condición(s) mencionada anteriormente.

- Doy mi consentimiento para la extracción de número(s) de diente(s) _____ como se describe anteriormente por el Dr. _____
- Me niego a dar mi consentimiento para el tratamiento propuesto como se describe anteriormente.
- He sido informado y acepto las consecuencias si no se administra tratamiento.

Firma del Paciente

Fecha

Doy fe de que he discutido los riesgos, beneficios, consecuencias y alternativas a la extracción con _____ (Nombre de Paciente) quien ha tenido la oportunidad de hacer preguntas, y creo que mi paciente entiende lo que ha sido explicado.

Firma del Dentista

Fecha

Firma del Testigo

Fecha