

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA DISCUSIÓN DE EXTRACCIONES

PACIENTE: _____

FECHA: _____

EDAD: _____

DIAGNÓSTICO: ____ absceso ____ impactado ____ fracturado ____ cariado ____
otro: _____

_____ Doy mi consentimiento para la extracción de los diente(s) número(s): _____
como se describe arriba por el Dr. Cajee.

Datos para consideración: Se requieren las iniciales del paciente:

_____ Una extracción implica remover uno o más dientes. Dependiendo de su condición, esto puede requerir seccionar los dientes o recortar tejido de encía o hueso. Si ocurren dificultades inesperadas durante el tratamiento, puedo remitirlo a un cirujano oral, quien es un especialista en cirugía dental.

_____ Una vez extraído el diente, tendrá un espacio que puede querer llenar con un aparato fijo o removible. La reposición de dientes faltantes puede ser necesaria para prevenir el desplazamiento de dientes adyacentes y/o opuestos, mantener la función o por razones estéticas. Se le explicarán las opciones de un aparato fijo o removible.

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

Beneficios de la extracción, sin limitarse a los siguientes:

_____ El tratamiento propuesto debería ayudar a aliviar sus síntomas y también permitirle proceder con otros tratamientos propuestos.

Riesgos de la extracción, sin limitarse a los siguientes:

_____ Entiendo que después del tratamiento puedo experimentar sangrado, dolor, hinchazón e incomodidad durante varios días, los cuales pueden tratarse con medicación para el dolor. Es posible que ocurra una infección después de la extracción y se deba tratar con antibióticos u otros procedimientos. Si los síntomas persisten o empeoran, me pondré en contacto con la consulta de inmediato.

_____ Entiendo que recibiré anestesia local y/u otros medicamentos. En casos raros, los pacientes pueden tener una reacción a la anestesia que requiera atención médica de emergencia, o pueden descubrir que reduce su capacidad para controlar la deglución.

Esto aumenta la posibilidad de tragar objetos extraños durante el tratamiento. Dependiendo de la anestesia y los medicamentos administrados, es posible que necesite un conductor designado para llevarme a casa. Raramente, puede producirse una lesión nerviosa temporal o permanente como resultado de una inyección.

_____Entiendo que todos los medicamentos tienen el potencial de presentar riesgos, efectos secundarios e interacciones medicamentosas. Por lo tanto, es fundamental que informe a mi dentista sobre todos los medicamentos que estoy tomando actualmente, que son:

_____Entiendo que mantener la boca abierta durante el tratamiento puede dejar temporalmente la mandíbula rígida y dolorida, y puede dificultar que abra completamente durante varios días. Sin embargo, esto ocasionalmente puede ser una indicación de un problema adicional. Debo notificar a su consulta si surgen esta u otras preocupaciones.

_____Entiendo que el coágulo de sangre necesario que se forma en el alvéolo puede desintegrarse o desprenderse. Esta condición dolorosa, llamada alveolitis seca, dura una semana o más y se trata colocando un apósito medicado en el alvéolo del diente para ayudar a la cicatrización. Para evitar desarrollar alveolitis seca, no debo fumar, beber con una pajita, enjuagar con agua o enjuague bucal, masticar alimentos en esa área o perturbar el alvéolo de ninguna manera durante 24 a 48 horas.

_____Entiendo que los instrumentos utilizados en la extracción de un diente pueden dañar o astillar los dientes adyacentes, lo que podría requerir un tratamiento adicional para restaurar su apariencia o función.

_____Entiendo que los dientes superiores tienen raíces que pueden extenderse cerca de los senos paranasales. La extracción de estos dientes puede dejar temporalmente una pequeña abertura en los senos paranasales. Puede ser necesario utilizar antibióticos y tratamiento adicional para prevenir una infección en los senos paranasales y ayudar al cierre de esta abertura.

_____Entiendo que una extracción puede causar una fractura en el hueso circundante. Ocasionalmente, el diente a extraer puede estar fusionado al hueso circundante. En ambas situaciones, se requiere un tratamiento adicional. Pueden surgir fragmentos de hueso llamados "espículas" en el lugar de extracción y generalmente se pueden extraer fácilmente.

_____Entiendo que pueden quedar fragmentos de diente en el lugar de extracción debido a la condición y posición del diente/dientes. Por lo general, esto no causa problemas, pero en raras ocasiones los fragmentos se infectan y deben ser removidos.

_____Entiendo que los nervios que controlan las sensaciones en mis dientes, encías, lengua, labios y barbilla pasan a través de mi mandíbula. Dependiendo del diente a extraer (particularmente los dientes inferiores o terceros molares), ocasionalmente puede ser imposible evitar tocar, mover, estirar, magullar, cortar o seccionar un nervio. Esto podría cambiar las sensaciones normales en cualquiera de estas áreas, causando picazón, hormigueo o quemazón, o la pérdida total de sensación. Estos cambios podrían

durar desde varias semanas hasta varios meses o, en algunos casos, indefinidamente.

Consecuencias si no se administra tratamiento, sin limitarse a las siguientes:

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

Tratamientos alternativos si la extracción no es la única solución, sin limitarse a los siguientes:

_____ Entiendo que, dependiendo de mi diagnóstico, pueden existir alternativas a la extracción que involucren otras disciplinas de la odontología. Le pregunté a mi dentista sobre ellas y sobre sus respectivos costos. Mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente en relación con los procedimientos y sus riesgos, beneficios y costos. Alternativas discutidas:

Nadie me ha dado garantía o aseguración alguna de que el tratamiento o la cirugía propuestos curarán o mejorarán la(s) condición(es) mencionada(s) anteriormente. Me niego a dar mi consentimiento para el tratamiento propuesto tal como se describe arriba.

Se me ha informado y acepto las consecuencias si no se administra tratamiento.

Firma del Paciente _____ Fecha

Certifico que he discutido los riesgos, beneficios, consecuencias y alternativas a la extracción con _____ quien ha tenido la oportunidad de hacer preguntas, y creo que mi paciente comprende lo que se ha explicado.

Firma del Médico _____ Fecha

Firma del Testigo _____ Fecha