

## Consentimiento Informado Odontología General

Chart # \_\_\_\_\_

Todos los pacientes deben completar los siguientes puntos de 1 al 4 del 5 al 13 según sea necesario

1. EXAMENES Y RAYOS X

Entiendo que la primera visita puede requerir radiografías para completar la examinación, diagnóstico y tratamiento comprendo que los trabajos que se me realizarán se harán conforme a lo detallado en el plan de tratamiento.

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

2. DROGAS, MEDICACION Y SEDACION

He recibido información sobre el hecho de que los antibióticos, analgésicos y cualquier otro medicamento pueden provocar reacciones alérgicas que producen enrojecimiento y tumefacción de los tejidos, dolor, prurito, vómitos o choque anafiláctico (reacción alérgica severa) y comprendo tal hecho. Le he informado al dentista sobre las reacciones alérgicas que se que padezco. Estos medicamentos pueden provocar somnolencia, pérdida de la conciencia y de coordinación, las cuales pueden incrementarse por el uso del alcohol y otros drogas. Entiendo y estoy completamente de acuerdo con que no debo conducir ningún vehículo ni utilizar ningún aparato peligroso por lo menos durante las 12 horas posteriores a la medicación o hasta estar recuperado totalmente de los efectos de la anestesia, la medicación y las drogas que se me pueden haber suministrado para mi cuidado. Comprendo que toda administración de medicamentos recetados que no cumpla con la prescripción médica recibida puede presentar riesgos de continuidad de la infección y el dolor o de incremento de la gravedad de estos y riesgos de una potencial resistencia al tratamiento efectivo de mi enfermedad. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la efectividad de los anticonceptivos orales (píldoras para el control de la natalidad)

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

3. MODIFICACIONES EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario modificar o agregar procedimientos debido a que, al trabajar en los dientes, se encuentren enfermedades que no se detectaron en el momento del examen. El más común es el tratamiento de conducto radicular realizado luego de procedimientos restaurativos de rutina. Autorizo al dentista a realizar todos los cambios o agregados que sean necesarios.

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

4. DISFUNCION DE LA ARTICULACION TEMPOROMAXILAR

Entiendo que pueden intensificarse o aparecer sonidos extraños en la mandíbula, bloqueo de esta y dolor en la articulación del maxilar inferior (cerca del oído) después de los tratamientos dentales de rutina en donde la boca permanece abierta. Aunque los síntomas de disfunción de la articulación temporomaxilar asociados al tratamiento dental generalmente son transitorios por naturaleza y perfectamente tolerados por la mayoría de los pacientes, entiendo que si surge la necesidad de un tratamiento, será referido a un especialista y que yo seré responsable de su costo.

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

5. EMPASTES

Entiendo que puede ser necesaria una restauración más extensa que la que se diagnosticó originalmente debido a caries adicionales o a que durante la preparación se encuentre una estructura dental sin apoyo. Esto puede hacer necesarias otras medidas para devolver al diente a su funcionamiento normal. Algunas pueden ser el tratamiento de conducto radicular, las coronas o ambos. Entiendo que debo tener cuidado al masticar sobre los empastes durante las primeras 24 horas para evitar que se rompan. Comprendo que la sensibilidad es un efecto secundario común de un empaste recién colocado.

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

6. EXTRACCION DE DIENTES

He recibido información respecto de otras opciones distintas de la extracción (tratamiento de conducto radicular, corona y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al dentista a extraer los siguientes dientes \_\_\_\_\_ y cualquier otro que sea necesario según las razones expuestas en el párrafo #3. Entiendo que al extraer los dientes, entre lo que se encuentran dolor, tumefacción, propagación de la infección, avulsos secos, senos descubiertos, pérdida de sensibilidad en los dientes, en los labios, la lengua y en los tejidos circundantes (parestesia) que puede durar por un periodo de tiempo indefinido, o mandíbula fracturada. Entiendo que pudiera necesitar tratamiento adicional de un especialista o hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento y que yo seré responsable de su costo.

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

7. CORONAS, PUENTES, CARILLAS Y ENLACES

- a. Entiendo que a veces no es posible duplicar el color de un diente natural en un diente artificial. Comprendo además que puedo tener que usar coronas temporarias, las cuales pueden desprenderse fácilmente, y que debo ser cuidadoso para garantizar que permanezcan fijas hasta que me entreguen las coronas permanentes. Se que el momento previo a la cementación será la última oportunidad para realizar modificaciones en mi corona, Puente o carillas nuevos (incluye forma, adaptación, tamaño y color). Se me ha explicado que, en muy pocos casos, los procedimientos cosméticos pueden producir la necesidad de un futuro tratamiento de conducto radicular, el cual no siempre puede detectarse con anticipación o pronosticarse. Entiendo que los procedimientos cosméticos pueden afectar la superficie del diente y requerir modificaciones en los procesos de higiene diaria. También es mi responsabilidad regresar al dentista para una cementación permanente dentro de los 20 días posteriores al alistamiento del diente. Demoras excesivas en la visita al dentista pueden causar caries, movimientos dentales, enfermedades de encía o problemas de mordida. Esto puede requerir una nueva corona, Puente o carilla. Entiendo que habrá gastos adicionales por la nueva corona, Puente o carilla y otro tratamiento debido a la demora en realizar la cementación permanente.

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

- b. Elijo seguir la recomendación del dentista de utilizar puro metal noble en vez de metal básico en la restauración de mi corona y puente

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

- c. Elijo realizar un Puente fijo o implantar un reemplazo de los dientes perdidos en vez de un aparato móvil. Entiendo que este puente fijo o implante y la corona pueden no estar incluidos dentro de la cobertura de mi póliza de seguro.

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

(Llene ambos lados)

8. PROTESIS-TOTAL O PARCIAL

Se que las protesis totales o parciales son artificiales y estan fabricadas de plastico, metal o porcelana. He recibido informacion detallada sobre los problemas de usar estos aparatos, entre otros, los problemas de movilidad de los dientes, dolor y posible quebradura. Comprendo que la visita para la prueba de "dientes en cera" sera la ultima oportunidad para realizar modificaciones en mi nueva protesis (incluye forma, adaptacion, tamaño, colocacion y color). Las protesis de insercion inmediata (colocacion de protesis-inmediatamente despues de las extracciones) pueden ser molestas en un principio y necesitar varios ajustes y rebasados. Luego sera necesario realizar un rebasado permanente de la protesis o colocar un Segundo conjunto de protesis. Esto no esta incluido en el costo inicial de la protesis. Entiendo que la mayoría de las protesis necesitan ser rebasadas aproximadamente de tres a doce meses despues de la colocacion inicial. El costo de este procedimiento no esta incluido en el costo inicial de protesis. Entiendo que es mi responsabilidad regresar al dentista para la entrega de la protesis. Comprendo que el incumplimiento de las citas de entrega puede tener como resultado protesis incorrectamente colocadas. Si es necesaria una nueva protesis debido a mi demora superior a 30 dias, habra costos adicionales.

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

9. ENDODONCIA (CONDUCTO RADICULAR)

Se que no hay garantia de que el tratamiento de conducto radicular podra salvar mi diente, que pueden surgir complicaciones del tratamiento y que, ocasionalmente, el material del tratamiento puede extenderse mas alla del apice dental, lo cual no necesariamente afecta el exito del tratamiento. El diente puede estar sensible durante el tratamiento e incluso permanecer así por algun tiempo luego de este. Una de las razones principales por las que los tratamientos de conducto radicular son mas fragiles que otros, se necesita una corona para fortalecer y preservar el diente. Entiendo que las limas endodonticas y los ensanchadores son instrumentos muy delicados y que las tensiones pueden separarlos durante su uso. Entiendo que, ocasionalmente, pueden necesitarse procedimientos quirurgicos adicionales luego del tratamiento del apice radicular (apicoectomia). Comprendo que el diente puede perderse a pesar de todos los esfuerzos realizados para salvarlo.

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

10. TRATAMIENTO PERIODONTAL

Entiendo que tengo una enfermedad grave que causa inflamacion de la encia o perdida del hueso, y que puede conducir a la perdida de mis dientes. He recibido informacion detallada sobre planes de tratamiento alternativos, entre ellos, la limpieza no quirurgica, la cirugia de encia o las extracciones. Entiendo que el exito de cualquier tratamiento depende, en parte de mi esfuerzo por cepillar los dientes y limpiarlos con hilo dental diariamente, por recibir limpieza regulares segun se indique, por seguir una dieta saludable por evitar productos a base de tabaco y por seguir otras recomendaciones. Entiendo que la enfermedad periodontal puede tener un efecto adverso futuro en el exito a largo plazo del trabajo restaurativotdental.

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

11. BLANQUEAMIENTO

El blanqueamiento es un procedimiento realizado en el consultorio (aproximadamente 1 hora) o con receptaculos de uso domesticos (varios tratamientos durante 2 a 4 semanas). El grado de coloracion blanca varia con cada individuo. El paciente promedio logra cambios importantes (de 1 a 3 tonos de la guia de tonos dentales). El café, el te y el Tabaco mancharan los dientes despues del tratamiento y deberen evitarse durante, por lo menos, las 24 horas posteriores a el. Entiendo que puedo experimentar sensibilidad en los dientes o inflamacion de la encia, las cuales desaparecern cuando se termine con el tratamiento. El dentista puede prescribir tratamientos de fluoruro para aquellos extranoscasos de sensibilidad persistente. El peroxide de carbamida y otras soluciones de peroxide utilizadas para blanquear los dientes estan aprobadas por la FDA (Food and Drug Administration, Administracion de Farmacos y alimentos) como antisépticos bucales. Su utilizacion como agentes blanqueadores posee riesgos desconocidos. La aceptacion del tratamiento implica la aceptacion de los riesgos. Se le aconseja a las mujeres embarazadas consultar con su medico antes de comenzar el tratamiento.

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

12. OXIDO NITROSO

Elijo utilizar oxido nitroso conjuntamente con mi tratamiento dental. He recibido informacion sobre los posibles efectos secundarios que puede provocar y los comprendo, entre ellos, nauseas, vomitos, mareos y dolor de cabeza. Entiendo que no se recomienda el uso de oxido nitroso si estoy embarazada.

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

13. BENEFICIOS DENTALES

Entiendo que mi seguro puede proveer unicamente el minimo nivel de cuidado dental. Comprendo que suscribirme a un seguro y recibir un beneficio es mi responsabilidad. Elijo seguir las recomendaciones del dentista relacionadas con un tratamiento dental optimo.

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

Entiendo que la odontologia no es una ciencia exacta y que, en consecuencia, aun los profesionales mas respetados no pueden garantizar los resultados. Admito que nadie ha asegurado ni garantizado el tratamiento dental que he solicitado y autorizado. Entiendo que cada dentista es un profesional individual y que es individualmente responsable por la atencion dental que me otorga. Tambien entiendo que ningun otro dentista o entidad corporativa, que no sea la del dentista que me atiende, es responsable por mi tratamiento dental. Reconozco haber recibido instrucciones postoperatorias y comprenderlas, y haber sido citado para regresar en una fecha determinada.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

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

Fecha: \_\_\_\_\_