

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR CIRUGIA ORAL

Pt. ID _____

I. TRATAMIENTO RECOMENDADO

Autorizo a Health Partners of Western Ohio a realizar el tratamiento que se menciona a continuación utilizando anestesia local, así como también a cualquier otro procedimiento que considere necesario durante la cirugía oral. Ésta autorización es para mi (o mi hijo(a)/persona bajo mi custodia): _____.

El procedimiento quirúrgico a realizar es:

II. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Estoy de acuerdo con el tratamiento anteriormente mencionado. Se me ha informado de las alternativas de tratamiento y entiendo completamente estas opciones así como se mencionan a continuación:

Alternativas: _____

III. RIESGOS Y CONSECUENCIAS

Entiendo que existen riesgos y consecuencias asociadas con la administración de medicamentos, la anestesia y la realización de la cirugía que se recomienda. Estos pueden ser, pero no se limitan a lo siguiente:

1. Tener reacciones y efectos secundarios a las drogas.
2. Tener dolor postoperatorio, sangrado, exudado, infección y/o inflamación del hueso.
3. Tener dificultad para abrir la boca, moretones, y/o hinchazón por varios días o semanas.
4. Tener el riesgo de extirpar hueso durante la extracción del diente.
5. Tener el riesgo de dañar los dientes adyacentes o los empastes de los dientes vecinos.
6. Tener el riesgo de que algunas veces, la punta de la raíz de los dientes se pueda quebrar durante el proceso de la cirugía oral. Si esto sucede, estas puntas se podrían dejar para evitar una cirugía más agresiva. Sin embargo, si una cirugía más agresiva fuera necesaria, usted tendrá que ser remitido a otro dentista para que realice este procedimiento.
7. Tener una lenta recuperación, que incluye pero no se limita a una posible alveolitis que pueda requerir cuidados postoperatorios.
8. Tener el riesgo de que los senos paranasales (senos maxilares) sean afectados durante la extracción de los dientes posteriores superiores, lo cual pueda, mas tarde, requerir un tratamiento adicional o quirúrgico para su reparación.
9. Tener el riesgo de que el nervio maxilar inferior se vea afectado durante la extracción de los dientes posteriores inferiores lo cual pueda producir un hormigueo/adormecimiento temporal o permanente del labio inferior, barbilla, lengua, u otras estructuras circundantes.
10. Tener el riesgo de sufrir una fractura en la quijada.
11. Si está tomando medicamentos para fortalecer sus huesos (tales como el Bisfosfonato) o medicamentos para el tratamiento del cáncer, o si ha recibido terapias de radiación por tumores/cáncer en el área de la cabeza o del cuello, se puede tener el riesgo de una mala cicatrización o la muerte del tejido óseo que quizá nunca se pueda resolver completamente.

IV. CONSENTIMIENTO

Entiendo completamente este formulario de consentimiento informado para tratamiento de cirugía oral y entiendo también las razones por las que el tratamiento me fue recomendado. Me han dado respuestas satisfactorias a todas mis preguntas. Entiendo que no me han dado ninguna garantía del resultado en relación a este tratamiento.

Nombre del Paciente (en letra de molde)

Firma del Paciente o Tutor

Fecha

Dentist Name (Print Please)

Dentist Signature

Date

