

CONSENTIMIENTO INFORMADO BÁSICO PARA ODONTOLOGÍA GENERAL

Nombre del paciente: _____ Expediente #: _____ Consultorio: Fecha de nacimiento: _____

Todos los pacientes: completen de 1 a 4 a continuación y de 5 a 13 según sea necesario.

1. EXÁMENES Y RADIOGRAFÍAS:

Entiendo que en la visita inicial se requiera radiografías para completar el examen, diagnóstico, y plan de tratamiento. Entiendo que se me realizara trabajo tal como se indica en el plan de tratamiento adjunto. Algunos de los tratamientos como el tomar radiografías, colocar restauraciones, pulir, etc. Pueden ser realizados por un asistente entrenado o por un asistente dental de Funciones Restaurativas.

(Iniciales _____)

2. MEDICAMENTOS Y SEDACIÓN:

He sido informado y entiendo que los anestésicos, antibióticos, analgésicos u otros medicamentos pueden tener reacciones que incluyen reacciones alérgicas que causan enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos y / o shock anafiláctico (reacción alérgica grave). He informado al dentista de cualquier alergia conocida. Pueden causar somnolencia, falta de conciencia y coordinación que puede agravar con el uso de alcohol u otras drogas. Entiendo y acepto plenamente no operar ningún vehículo o dispositivo peligroso durante al menos 12 horas o hasta que esté completamente recuperado de los efectos de la anestesia y los medicamentos que me hayan dado en el consultorio para mi cuidado. Entiendo que el incumplimiento en tomar los medicamentos recetados para mí de la manera prescrita puede presentar riesgos de infección y dolor continuo o agravado y posible resistencia al tratamiento efectivo de mi condición. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la eficacia de los anticonceptivos orales (píldoras anticonceptivas). Es fundamental que le informe a mi dentista de *todos los medicamentos que estoy tomando actualmente*, incluidos los medicamentos sin receta y los suplementos, ya que todos los medicamentos tienen la posibilidad de presentar riesgos, efectos secundarios e interacciones medicamentosas. El consentimiento informado por escrito, en el caso de un menor, incluirá, pero no se limitará a, la siguiente información: La administración y el monitoreo de la anestesia general puede variar según el tipo de procedimiento, el tipo de médico, la edad y salud del paciente y el entorno en el que se administra la anestesia. Los riesgos pueden variar con cada situación específica. Se le anima explorar todas las opciones disponibles para la anestesia de su hijo para su tratamiento dental y consulte con su dentista o pediatra según sea necesario.

(Iniciales _____)

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO:

Entiendo que durante el tratamiento tal vez sea necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones descubiertas mientras se trabaja en los dientes que no se descubrieron durante el examen, la más común es la terapia de conducto radicular después de los procedimientos restaurativos de rutina. Doy mi permiso al dentista para hacer todo y cualquier cambio y adición según sea necesario.

(Iniciales _____)

4. DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (DMT):

Entiendo que el estallido, el chasquido, el bloqueo y el dolor pueden intensificarse o desarrollarse en la articulación de la mandíbula inferior (cerca de la oreja) después del tratamiento dental de rutina en el que la boca se mantiene en posición abierta. Aunque los síntomas de DMT asociados con el tratamiento dental suelen ser de naturaleza transitoria y bien toleradas por la mayoría de los pacientes, entiendo que, si surge la necesidad de tratamiento, puedo ser referido a un especialista para el tratamiento y el costo es mi responsabilidad.

(Iniciales _____)

5. PROFILAXIS DENTAL (LIMPIEZA)/GINGIVITIS:

Entiendo que el tratamiento es de naturaleza preventiva, destinado a pacientes con encías sanas, y se limita a la eliminación de placa y cálculo de las estructuras dentales en ausencia de enfermedad periodontal (de las encías). Entiendo que el diagnóstico de gingivitis (inflamación/hemorragia moderada a severa) puede requerir un procedimiento alternativo para el tratamiento.

(Iniciales _____)

6. EMPASTES:

Entiendo que puede ser necesaria una restauración más extensa de la que se diagnosticó originalmente debido al descubrimiento de caries adicionales o estructura dental sin soporte durante la preparación. Esto puede conducir a otras medidas necesarias para restaurar el diente a la función normal. Esto puede incluir endodoncia, corona o ambos. Entiendo que se debe tener cuidado al masticar sobre los empastes durante las primeras 24 horas para evitar roturas. Entiendo que la sensibilidad es un efecto secundario común de un relleno recién colocado y que pueden ser necesarios ajustes.

(Iniciales _____)

Esta línea de firma se aplica a California únicamente:

Yo, _____ reconozco que he recibido del Dr. _____ una copia de la Hoja informativa sobre materiales dentales con fecha de octubre de 2001.

(Iniciales _____)

7. EXTRACCIÓN DE DIENTES:

Se me han explicado alternativas a la extracción, si las hay, (terapia de conducto radicular, cirugía de corona y periodontal, etc.) y autorizo al dentista a extraer los siguientes dientes _____ y cualquier otros necesarios según las razones en párrafo #3. Entiendo que la extracción de dientes no siempre elimina toda la infección, si está presente, y puede ser necesario recibir tratamiento adicional. Entiendo los riesgos involucrados en la extracción de dientes, algunos de los cuales son dolor, rotura de dientes, hinchazón, propagación de infección, alveolitis seca, senos paranasales expuestos, pérdida de sensibilidad en los dientes, labios, lengua y tejido circundante (parestesia) que puede durar un período de tiempo indefinido o fractura de mandíbula. Entiendo que el sangrado puede durar varias horas. Si persiste, particularmente si es de naturaleza grave, debe recibir atención y se debe contactar con este consultorio. Entiendo que, si surgen complicaciones durante o después del tratamiento puedo necesitar tratamiento adicional por parte de un especialista o incluso hospitalización, cuyo costo es mi responsabilidad.

(Iniciales _____)

8. CORONAS, PUENTES, CARILLAS Y UNIÓN:

Entiendo que a veces no es posible exactamente equivaler el color de los dientes naturales con dientes artificiales. Además, entiendo que tal vez usaré corona/s temporales que se pueden desprender fácilmente y que debo tener cuidado para asegurar que permanezcan puestas hasta la entrega de la/s corona/s permanentes. Me doy cuenta de que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva corona, puente, o carilla (incluyendo forma, ajuste y color) será antes de la cementación. Se me ha explicado que, en muy pocos casos, los procedimientos cosméticos pueden resultar en la necesidad de tratamiento radicular en el futuro que no siempre se puede predecir o anticipar. Entiendo que los procedimientos cosméticos pueden afectar la superficie de los dientes y pueden requerir modificación de procesos de limpieza diaria. También es mi responsabilidad regresar para la cementación permanente cómo lo dirija el dentista. Las demoras excesivas pueden permitir caries, movimiento del diente, rotura del diente, enfermedad de encías, y o problemas de mordida. Esto puede requerir una nueva versión de la corona, puente, o carilla, entiendo que habrá cobros adicionales por rehechos u otro tratamiento debido a mi demorar la cementación permanente.

(Iniciales _____)

9. ÓXIDO NITROSO:

Elijo recibir óxido nitroso junto con mi tratamiento dental, se me ha informado y entiendo los posibles efectos secundarios. Estos incluyen, pero no se limitan a: náusea, vómito, mareo y dolor de cabeza. Entiendo que el uso de óxido nitroso no es recomendable si estoy embarazada.

(Iniciales _____)

10. DENTADURAS POSTIZAS – COMPLETAS O PARCIALES:

Entiendo que las dentaduras postizas completas o parciales son artificiales, extraíbles y construidas de plástico, metal y/o porcelana que requieren ajustes regulares y/o revestimientos. Se me han explicado los problemas de usar estos aparatos incluyendo holgura, dolor y posible rotura. Me doy cuenta que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura (incluyendo forma, ajuste, tamaño colocación y color) será durante la visita de prueba de "dientes de cera." Las dentaduras inmediatas (colocación de dentaduras postizas inmediatamente después de las extracciones) pueden ser incómodas al principio. Las dentaduras postizas inmediatas pueden requerir varios ajustes y revestimientos. Un revestimiento permanente o un segundo juego de dentaduras pueden ser necesario más adelante. Esto no está incluido en la tarifa inicial de dentaduras. Entiendo que la mayoría de las dentaduras postizas requieren revestimientos aproximadamente tres a doce meses después de la colocación inicial. El costo para este procedimiento no está incluido en la tarifa de dentaduras inicial. Entiendo que es mi responsabilidad regresar para la entrega de mis dentaduras postiza. Entiendo que el no cumplir con mis citas de entrega puede resultar en dentaduras mal ajustadas. Si se requiere volver a hacer las dentaduras debido a mi demora en exceso de 30 días, habrá cobros adicionales.

(Iniciales _____)

11. TRATAMIENTO ENDODÓNTICO (CONDUCTO RADICULAR)

Me doy cuenta que no hay garantía que la endodoncia salve mi diente, que pueden surgir complicaciones de mi tratamiento, y que ocasionalmente el material del conducto puede extender a través de la punta de la raíz lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. El diente puede estar sensible durante el tratamiento, e incluso permanecer sensible por un tiempo después del tratamiento. Las fracturas de raíz difíciles para detectar son una de las razones principales por las que fallan los tratamientos de endodoncia. Dado que los dientes con tratamientos de conducto radicular son más frágiles que otros dientes, son más propensos a roturas y requieren una corona para fortalecer y conservarlos. Entiendo que las limas y escariadores de endodoncia son instrumentos muy finos y las tensiones pueden hacer que se separen durante su uso. Entiendo que ocasionalmente pueden ser necesarios procedimientos quirúrgicos adicionales después del tratamiento del conducto radicular (apicectomía). Entiendo que el diente puede perderse a pesar de todos los esfuerzos para salvarlo.

(Iniciales _____)

12. TRATAMIENTO PERIODONTAL:

Entiendo que tengo una condición grave que cause inflamación de las encías, infección y/o pérdida ósea, la que puede llevar a la pérdida de mis dientes y/o condiciones sistémicas negativas (incluyendo diabetes descontrolado, enfermedad cardíaca, y parto prematuro, etc.) Se me han explicado planes de tratamientos alternativos incluyendo terapia no-quirúrgica, tratamiento antibiótico/antimicrobiano, cirugía de encías, y/o extracciones. Entiendo que el éxito de cualquier tratamiento dependerá en parte de mis esfuerzos a cepillar y usar hilo dental diariamente, recibir limpiezas terapéuticas según se me indique, seguir una dieta sana, evitar productos de tabaco y seguir otras recomendaciones. Entiendo que el sangrado puede durar por varias horas. Si persistiera, particularmente si es de naturaleza grave, debe recibir atención inmediata y se debe notificar a este consultorio. Entiendo que la enfermedad periodontal puede tener un efecto futuro adverso sobre en el éxito a largo plazo del trabajo de restauración dental.

(Iniciales _____)

13. IMPLANTES:

Entiendo que ninguna odontología es permanente y que la colocación ideal del implante tal vez no sea posible basado en limitaciones anatómicas. Se me ha informado que siempre existe la posibilidad de falla resultando de los tejidos del cuerpo no aceptando fisiológicamente estos aparatos artificiales, y pueden ocurrir infecciones post operativamente que puedan requerir tratamiento adicional y aún hasta la extracción de los implantes afectados. Me doy cuenta de que hay una pequeña posibilidad de lesión a los nervios del rostro y tejidos de la cavidad bucal, y este entumecimiento puede ser de naturaleza temporaria, o en rara vez permanente. Entiendo que es absolutamente necesario con la terapia de implantes tener exámenes periódicos regulares y limpiezas. Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad de hacer citas e informa según las instrucciones del dentista tratante.

(Iniciales _____)

14. BLANQUEAMIENTO DENTAL:

El blanqueamiento es un procedimiento que se realiza sea en el consultorio (aproximadamente 1 hora) o con bandejas que se llevan a casa (varios tratamientos sobre un lapso de 2 a 4 semanas) El grado de blanqueamiento varía con el individuo. El paciente promedio logra cambio considerable (1-3 tonos en la guía de tono dental). El café, té, vino tinto y tabaco mancharán los dientes después del tratamiento y deben ser evitados por lo menos 24 horas después del tratamiento. Entiendo que puedo experimentar sensibilidad en los dientes y/o inflamación de las encías, la cual puede disminuir cuando se discontinúa el tratamiento. El dentista puede recetar fluoruro u otros tratamientos para ayudar con la sensibilidad. El peróxido de carbamida y otras soluciones de peróxido usados en el blanqueamiento dental son aprobados por la FDA como antisépticos bucales. Su uso como agentes de blanqueamiento tiene riesgos desconocidos. El aceptar el tratamiento indica aceptación de riesgo. Se les aconseja a las mujeres embarazadas a consultar con su médico antes de iniciar tratamiento.

(Iniciales _____)

15. BENEFICIOS DENTALES:

Entiendo que mis beneficios de seguro tal vez no proporcionen cobertura para una atención dental ideal o integral. Entiendo que presentar un Seguro y obtener un beneficio es mi responsabilidad. Elijo seguir las recomendaciones del dentista para tratamiento dental óptimo.

(Iniciales _____)

Reconocimiento:

- He recibido, platicado y entiendo mi tratamiento propuesto, opciones de planes de tratamientos alternativos, y sus riesgos asociados con el equipo dental y todas mis preguntas han sido respondidas.
- Entiendo que cada dentista es un clínico individual y el único responsable de la atención dental que se me presta y que ningún otro dentista o entidad corporativa es responsable de mi tratamiento dental.
- Estoy al tanto de que la práctica de la odontología no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han hecho ningunas garantías ni promesas en cuanto al tratamiento, mi recuperación o cualquier resultado del tratamiento que se me preste. Seguiré todas y cada una de las instrucciones de tratamiento y post tratamiento tal como se me han explicado y permitiré los procedimientos diagnósticos recomendados incluyendo radiografías.
- Entiendo que, si ocurren dificultades inesperadas durante el tratamiento, tal vez se me refiera a otro dentista o especialista para cuidado adicional a un costo adicional a mí.

Firma del paciente/padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma de Dentista Tratante: _____ Fecha: _____