

Consentimiento Informado para Cirugía Dental

Nombre del Paciente/FDN: _____

Este es mi consentimiento para que el Dr. Burkardt (Dentista general) o cualquier otro dentista/cirujano que trabaje con él realice el siguiente procedimiento de cirugía:

También doy mi permiso para cualquier otro procedimiento que pueda ser necesario para completar el procedimiento previsto.

_____ (inicial)

He sido informado de los posibles métodos alternativos de tratamiento, que son: ningún tratamiento, tratamiento con anestesia local solamente y opciones adicionales enumeradas aquí, si corresponde: _____.

_____ (inicial)

El doctor me ha explicado que existen ciertos riesgos y complicaciones para cualquier cirugía o procedimiento. Me dieron la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho con mi conocimiento del procedimiento y deseo continuar. En este caso, los riesgos incluyen, entre otros, los siguientes, a menos que se indique lo contrario:

1. Dolor e hinchazón posoperatorios que pueden requerir varios días de recuperación.
2. Sangrado que puede ocurrir hasta por 24 horas y posible hematoma.
3. Lesiones en dientes adyacentes o restauraciones dentales.
4. Infección postoperatoria que requiere tratamiento adicional u hospitalización en casos raros.
5. Estiramiento o agrietamiento de la comisura de la boca o de los labios.
6. Dificultad para abrir la boca durante varios días después del procedimiento.
7. Decisión de dejar un pequeño trozo de la raíz del diente en la mandíbula cuando su extracción requiera una cirugía adicional extensa o represente un riesgo de lesión si se extrae.
8. Fractura de la mandíbula.
9. Lesión a los nervios en el área que resulta en entumecimiento de los labios, barbilla, encías, mejillas, dientes y/o lengua. Es probable que este entumecimiento persista durante varias semanas, meses o, en raras ocasiones, puede ser permanente.
10. Apertura desde el seno hasta la boca que podría requerir cirugía adicional.
11. Dolor o chasquido en la articulación temporomandibular.
12. Entiendo que ciertos riesgos, que pueden implicar lesiones corporales graves, son inherentes a cualquier procedimiento en el que se utilice anestesia general o sedación. Estos incluyen, pero no se limitan a: hematomas, entumecimiento o infección en el lugar de la inyección, paro cardíaco y, en circunstancias muy poco probables, la muerte.
13. Otro _____

He leído y comprendo los posibles riesgos/complicaciones del procedimiento y mis preguntas o inquietudes se han respondido a mi entera satisfacción.

_____ (inicial)

SEDACIÓN IV: No he comido ni bebido nada durante un mínimo de ocho (8) horas antes de mi procedimiento programado.

_____ (inicial)

Doy mi consentimiento para la administración de anestesia local y sedación según lo considere necesario el Dr. Burkardt o su asociado para llevar a cabo el procedimiento propuesto. Entiendo que estos medicamentos y recetas pueden causar somnolencia, afectar la coordinación y esto puede aumentar con el alcohol u otras drogas. Se me ha aconsejado que no opere ningún vehículo o dispositivo peligroso ni que trabaje mientras tomo medicamentos hasta que me recupere por completo de sus efectos. Acepto que un adulto responsable me conduzca a casa después de mi procedimiento si estoy sedado.

_____ (inicial)

Entiendo que se puede emplear la estabilización protectora (muñequeras o un asistente que me sostenga las manos o los pies, etc.) para evitar que interrumpa el campo de trabajo y me cause lesiones a mí mismo, al médico o a su equipo.

_____ (inicial)

No se me ha dado ninguna garantía de que el tratamiento será curativo y/o exitoso a mi completa satisfacción. Existe el riesgo de fracaso, recaída, necesidad de continuar el tratamiento o empeoramiento de la condición actual a pesar de la atención brindada.

_____ (inicial)

He divulgado mi historial médico anterior y he respondido/responderé todas las preguntas de este tipo de manera completa y precisa sobre enfermedades, dolencias o lesiones, así como sobre alergias a medicamentos y la posibilidad de embarazo (o lactancia).

_____ (inicial)

Elijo ser visto en esta oficina, por este dentista, para esta cirugía en lugar de un entorno hospitalario. También sé que el dentista hará un seguimiento por teléfono y posiblemente en persona, pero mi seguimiento principal en persona puede ser con uno de mis otros proveedores principales. Para ciertas complicaciones inusuales, es posible que necesite seguimiento en otra oficina más tarde, por un cirujano oral maxilofacial, médico, etc.

_____ (inicial)

Certifico que se me ha explicado este procedimiento, tratamiento o cirugía junto con la posibilidad de riesgos y complicaciones. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre este procedimiento y estas preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Si tengo más preguntas, le preguntaré al médico de inmediato. También certifico que he leído y entiendo este consentimiento para el procedimiento, tratamiento o cirugía. Mi firma o la firma del padre/tutor legal constituye mi consentimiento para proceder con el procedimiento propuesto por el Dr. Burkardt (Dentista general) y cualquier otro médico asociado que trabaje con él.

Firma del paciente o Pariente Legal

FECHA

Firma del Doctor

FECHA

Firma del testigo si se considera apropiado

FECHA