

Formulario modelo: Discusión y consentimiento para restauraciones con corona

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido *Nombre* *Inicial*

Me han dado esta información y formulario de consentimiento para que entienda mejor el tratamiento que me recomiendan. Antes de tomar una decisión acerca del tratamiento, deseo que me den la información suficiente para que pueda entender y tomar una decisión fundada acerca del tratamiento propuesto.

Entiendo que puedo hacer **todas las preguntas que quiera** y que es mejor hacerlas antes del tratamiento en lugar de tener dudas después de que este haya comenzado.

Características de las restauraciones con corona

Me han recomendado una restauración con corona en los siguientes dientes: _____

Las restauraciones con corona cubren y protegen dientes debilitados por caries, restauraciones previas o tratamientos de conducto. También puede colocarse una corona para cambiar la mordida o por motivos estéticos. Por lo general, hacen falta dos visitas para completar el tratamiento con corona. En la primera visita, el dentista reducirá el tamaño del diente. Con este procedimiento, llamado preparación, se hace espacio para que entre la corona sobre la parte restante del diente. Después de completar la reducción, se toma una impresión o molde de la preparación usando un material de goma. También se puede tomar una imagen o escaneo del diente para hacer la restauración mediante un sistema computarizado. Mientras se hace la corona, se coloca una corona temporal sobre el diente con cemento temporal. Cuando la nueva corona esté lista, se debe cementar lo antes posible para reducir el riesgo de que aparezcan nuevas caries u otros problemas.

Esta recomendación se basa en la revisión visual, en cualquier radiografía, modelo, foto u otro diagnóstico que se haya hecho, y en el conocimiento del dentista acerca de mis antecedentes médicos y dentales. Mis necesidades y deseos también han sido considerados. La restauración con corona es necesaria debido a:

- Caries grande Pieza rota Caries alrededor de un empaste previo grande Cambios en mi mordida
 Motivos estéticos Otro: _____

El **propósito** de la restauración con corona es reemplazar la estructura de un diente natural faltante, restaurar la función normal del diente y mejorar la forma y el color (la estética) de los dientes. La restauración con corona también podría aliviar los síntomas actuales de malestar que podría estar sintiendo.

El pronóstico o las probabilidades de que el tratamiento sea exitoso son _____.

El costo estimado de la restauración con corona es de \$ _____ y se espera que lleve _____ visita(s) para terminarla.

Alternativas a la restauración con corona

Según mi diagnóstico, es posible que haya o no alternativas a la restauración con corona que impliquen otros tipos de atención dental. Entiendo que las posibles alternativas a la restauración con corona son:

- **Otras alternativas de restauración**, como coronas parciales, incrustaciones, carillas o empastes. Los empastes pueden estar hechos de amalgama dental (color plateado) o de un material de empaste del color de los dientes.
- **Extracción**. Podría decidir que me extraigan el diente n.º _____. Por lo general, la extracción de un diente requiere el reemplazo con un diente artificial mediante un puente fijo, un implante dental con corona o una dentadura parcial removible.
- **No hacer ningún tratamiento**. Podría decidir que no me hagan ningún tratamiento. Si tomo esta decisión, mi estado podría empeorar y corro el riesgo de sufrir una lesión personal grave, lo cual incluye dolor fuerte, infección localizada, pérdida de este diente y quizás de otros, hinchazón o infección grave (propagación).

_____ He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de estas alternativas y sobre cualquier otro tratamiento que haya escuchado o considerado, incluyendo _____.
Iniciales del paciente

continued...

Riesgos de las restauraciones con corona

Me han informado y entiendo plenamente que existen ciertos riesgos inherentes y potenciales asociados a las restauraciones con corona. Comprendo que el tratamiento puede irritar el nervio que está dentro del diente y que esto puede causarme dolor o malestar durante el tratamiento o después. Es posible que el diente se vuelva más sensible a los líquidos o a los alimentos calientes o fríos. Entiendo que quizás sea necesario hacer un tratamiento de conducto durante el tratamiento o después, y que quizás esto sea inevitable. Entiendo que es posible que la restauración con corona no alivie mis síntomas.

Comprendo que, luego de arreglar las caries y los empastes presentes, es posible que se descubra que el diente está en un estado más grave. Existe la posibilidad de que esto requiera una cirugía periodontal (de las encías) para revelar más superficie del diente, un tratamiento de conducto más una restauración con corona, o tal vez requiera la extracción del diente.

Entiendo que puedo notar algunos cambios menores en mi mordida. Entiendo que, durante el procedimiento y por varios días después de este, es posible que sienta la mandíbula dura o adolorida por haber mantenido la boca abierta.

Comprendo que mis encías podrían lastimarse alrededor o cerca del diente. Entiendo que las encías podrían retraerse después de terminar la restauración con corona. Entiendo que los malos hábitos de alimentación, los hábitos orales (como fumar, comerse las uñas, etc.) y una higiene oral deficiente podrían afectar negativamente la duración de la corona.

Entiendo que quizás me den anestesia tópica o una inyección de anestesia local. Si bien es poco frecuente, es posible que algunos pacientes tengan una reacción alérgica a estos medicamentos. Es posible que se presenten reacciones adversas a la anestesia, como mareos, aturdimiento o somnolencia. Póngase en contacto con el Dr. _____ si tiene sarpullido o si el adormecimiento persiste por más de algunas horas. Entiendo que, después del tratamiento, es posible que sienta malestar en la zona de la inyección y que la mandíbula se sienta dura o adolorida por la inyección de la anestesia. También comprendo que es posible que los nervios o los vasos sanguíneos resulten lesionados, de manera temporal o permanente, por la inyección. Las alteraciones de los nervios podrían incluir dolor o adormecimiento, sensaciones poco frecuentes como picazón, ardor o cosquilleo en los tejidos de los labios, la lengua, el mentón, los dientes o la boca. Entiendo que, una vez que comienza el procedimiento de restauración con corona, debo volver de inmediato para terminarlo. Si no vuelvo para terminar la corona, corro el riesgo de que aparezcan caries, que necesite un tratamiento de conducto, que se parta o que se caiga un diente.

Otros riesgos impredecibles no mencionados arriba incluyen:_____

_____ He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de estos riesgos y sobre cualquier otro riesgo que haya escuchado o considerado, incluyendo _____.

Iniciales del paciente

continued...

Confirmación

He proporcionado mis antecedentes médicos y personales de la manera más completa y precisa posible, lo cual incluye los medicamentos que actualmente tomo (antibióticos, analgésicos y otros medicamentos, incluso de venta libre, hierbas o suplementos) y los materiales o medicamentos a los cuales tengo alergia. Seguiré todas las indicaciones del tratamiento, y posteriores a este, tal y como me las han indicado y explicado, y autorizaré los procedimientos de diagnóstico recomendados, incluidas las radiografías.

Comprendo que, a pesar de los posibles riesgos y complicaciones, la restauración con corona que me han recomendado es necesaria. Soy consciente de que la odontología no es una ciencia exacta y reconozco que no he recibido ninguna declaración, promesa o garantía acerca de los resultados del tratamiento.

Yo, _____, he recibido información acerca del tratamiento propuesto. He hablado acerca del tratamiento con el Dr. _____ y me han dado la oportunidad de hacer preguntas y obtener respuestas satisfactorias. Comprendo las características del tratamiento recomendado, las opciones alternativas, los riesgos del tratamiento recomendado y los riesgos de rechazarlo.

Deseo recibir el tratamiento recomendado.

_____ Entiendo que un prostodoncista (un especialista en coronas) también puede hacer este tratamiento. Entiendo
Iniciales del paciente los riesgos asociados a este tratamiento y elijo al Dr. _____ para que haga este procedimiento. Comprendo que, si surgen dificultades inesperadas durante el tratamiento, es posible que me deriven a un prostodoncista para un mayor cuidado restaurativo de mis dientes.

Firma: _____ Fecha: _____
Paciente o tutor

Firma: _____ Fecha: _____
Dentista tratante

Firma: _____ Fecha: _____
Testigo

This sample form is for illustrative purposes only. Your clinical procedures and risks may be different than those described. We encourage you to modify this form to suit your individual practice and patient needs. The information contained in this document is not intended as legal advice. As each practice presents unique situations and statutes may vary by state, we recommend that you consult with your attorney prior to use of this or similar forms in your practice. Published by CNA and provided through the Dentist's Advantage insurance program and the National Society of Dental Practitioners. Copyright © 2019 CNA. All rights reserved. Published 5/19.