

Formulario modelo: Discusión y consentimiento para tratamiento periodontal (de las encías)

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 del tratamiento recomendado

Me han recomendado que me someta al siguiente tratamiento periodontal (se han seleccionado todas las opciones que se aplican a mi caso):

- Raspado y alisado radicular Cirugía ósea (del hueso) y remodelación Gingivectomía (remodelación)
 Injerto de hueso periodontal Injerto de tejido blando Derivación a un especialista en encías (periodoncista)
 Otro: _____

Dientes o áreas de cada tratamiento recomendado: _____

Esta recomendación se basa en la revisión visual, el examen y registro periodontal, las radiografías, los modelos, las fotos u otros exámenes de diagnóstico que se hayan hecho, y en el conocimiento del dentista acerca de mis antecedentes médicos y dentales. El tratamiento es necesario porque me han diagnosticado la siguiente enfermedad periodontal (de las encías):

- Gingivitis (relacionada con la placa dental [película orgánica])
 Agrandamiento de los tejidos causado por el uso de fármacos Otros factores de riesgo locales o sistémicos: _____
 Enfermedad gingival (no relacionada con la placa, como infecciones específicas, trastornos del desarrollo, enfermedades del sistema inmunitario, lesiones traumáticas):

- Periodontitis

Gravedad y complejidad

- Etapa I (inicial)
 Etapa II (moderada)
 Etapa III (grave con posible pérdida de dientes)
 Etapa IV (grave con posible pérdida de la dentición)

Alcance de la enfermedad

- Localizada
 Generalizada
 Molar/Incisivo

Grado/Evolución

- Grado A (evolución lenta)
 Grado B (evolución moderada)
 Grado C (evolución rápida)

- Enfermedad periimplantaria

Mucositis periimplantaria Periimplantitis Deficiencias del tejido blando o duro en el sitio del implante: _____

- Me han informado que mi afección requiere visitas de mantenimiento y seguimiento regulares y continuas para prevenir la evolución de la enfermedad y una mayor pérdida de hueso de soporte y de tejido gingival.

Otro (según se especifica): _____

Dientes o áreas que se aplican a cada diagnóstico: _____

continued...

Me han informado que las enfermedades periodontales son infecciones que afectan los tejidos y el hueso que sostienen los dientes. Me han informado que existen otros factores que pueden afectar la enfermedad periodontal y su evolución, incluidos el estado de mis restauraciones dentales, ciertas enfermedades (como la diabetes y las enfermedades del corazón), ciertos hábitos (como el uso de tabaco) y medicamentos.

Los factores que me afectan específicamente a mí incluyen: _____

El beneficio deseado de este tratamiento es mejorar la salud de las encías y los dientes, y tratar de mantener mis dientes naturales durante el mayor tiempo posible. Otros beneficios pueden incluir: _____

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

El costo estimado del tratamiento es de \$ _____ y se espera que terminarlo lleve _____ visita(s).

Tratamientos alternativos

El tratamiento que me han recomendado ha sido elegido porque se cree que responderá de mejor manera a mis necesidades. Entiendo que las opciones alternativas para tratar mi estado periodontal incluyen _____

No existe otra opción de tratamiento razonable para mi condición.

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

Riesgos del tratamiento periodontal recomendado

Entiendo que ningún tratamiento odontológico está completamente libre de riesgos y que mi dentista seguirá los pasos razonables para limitar cualquier complicación durante mi tratamiento. Entiendo que algunos efectos y complicaciones posteriores al tratamiento tienden a aparecer con regularidad. Esto incluye sensibilidad en los dientes, dolor causado por el tratamiento, infección, inflamación, zonas oscuras entre los dientes, donde no hay encía, y cambios en el largo de los dientes (debido a la remodelación). Entiendo que, a medida que la salud de mis encías mejore, el tejido podría encogerse o retraerse. Esta es una reacción normal al tratamiento. Este cambio podría hacer que otras restauraciones dentales previas (coronas o empastes) sean más visibles, y tal vez sea necesario cambiarlas por motivos estéticos.

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 pueden incluir dolor o adormecimiento, o sensaciones poco frecuentes como picazón, ardor o cosquilleo en los tejidos de los labios, la lengua, el mentón, los dientes o la boca. Entre otros riesgos de mi tratamiento se incluyen:

continued...

Riesgos de no someterse al tratamiento periodontal recomendado

Entiendo que pueden surgir complicaciones en los dientes, la boca o en la salud en general si decido **no** recibir el tratamiento recomendado. Estas complicaciones incluyen:

- Dolor Sangrado Inflamación Mal aliento Movilidad dental Pérdida de dientes Otras infecciones
- Complicaciones por otros problemas de salud (como diabetes, enfermedades del corazón, apoplejía) Imposibilidad de proceder con otros servicios de atención dental
- Otras: _____

_____ He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre estos riesgos y sobre cualquier otro riesgo que haya escuchado o considerado.
Iniciales del paciente

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 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, el tratamiento (tal cual me lo han recomendado) es necesario. 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 periodontal 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 periodontal recomendado.

_____ Entiendo que un periodoncista (un especialista en el tratamiento de enfermedades periodontales y en la colocación de implantes dentales) también puede hacer este tratamiento. Entiendo los riesgos asociados a este tratamiento y elijo al Dr. _____ para que haga este procedimiento. Entiendo que, si surgen dificultades inesperadas durante el tratamiento, es posible que me deriven a un periodoncista para continuar la atención.
Iniciales del paciente

Firma: _____ Fecha: _____
Paciente o tutor

Firma: _____ Fecha: _____
Dentista tratante

Firma: _____ Fecha: _____
Testigo