

Formulario modelo: Análisis y consentimiento para tratamiento

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

Me han dado esta información y este formulario de consentimiento para que entienda mejor el tratamiento que me recomiendan. Antes de tomar una decisión sobre el tratamiento, quiero que me den información suficiente para que pueda entender y tomar una decisión bien informada sobre el 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 haya comenzado.

Características del tratamiento recomendado

Me han recomendado que reciba el siguiente tratamiento: _____

Esta recomendación se basa en la exploración visual, en cualquier radiografía, modelo, foto u otra prueba de diagnóstico que se haya hecho, y en el conocimiento del médico sobre mi historia médica y dental. También se han considerado mis necesidades y deseos.

El tratamiento es necesario por: _____

Dolor Infección Enfermedad periodontal (de las encías) Caries Uno o más dientes rotos

Otro _____

El beneficio esperado de este tratamiento es: _____

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

Se estima que para completar mi tratamiento deberé asistir a _____ consultas, pero entiendo que puede ser más corto o más largo según lo que suceda cuando comience el tratamiento.

Se estima que mi tratamiento costará \$_____. Entiendo que esta suma es aproximada y que me informarán a la brevedad si el costo estimado cambia.

Tratamientos alternativos

El tratamiento que me recomendaron fue elegido porque se cree que cubrirá mejor mis necesidades. Entiendo que otros métodos alternativos para tratar mi condición dental incluyen: _____

No existe otra opción de tratamiento razonable para mi condición.

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

Riesgos del tratamiento recomendado

Entiendo que ningún tratamiento odontológico está absolutamente libre de riesgos y que mi dentista seguirá los pasos razonables para limitar cualquier complicación durante mi tratamiento.

Entiendo que quizás me den anestesia tópica o una inyección de anestesia local. Aunque es poco frecuente, algunos pacientes podrían tener una reacción alérgica a estos medicamentos. Es posible que haya reacciones adversas a la anestesia, como mareos, aturdimiento o adormilamiento. Comuníquese con el Dr. _____ si tiene sarpullido o si el entumecimiento persiste por más de algunas horas.

continúa...

Entiendo que, después del tratamiento, es posible que sienta malestar en el lugar de la inyección y que sienta la mandíbula dura y dolorida por la inyección de la anestesia. También entiendo que es posible que los nervios o los vasos sanguíneos sufran lesiones temporales o permanentes por la inyección. Las alteraciones de los nervios pueden incluir dolor, entumecimiento o 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 algunos efectos y complicaciones después del tratamiento tienden a aparecer con regularidad. Estos incluyen:

Entiendo que la atención y el tratamiento dental recibidos puede aumentar el riesgo de contraer virus respiratorios u otras infecciones por la estrecha proximidad con el personal de atención dental y otros miembros de la comunidad.

Entiendo que el personal de atención médica u otros miembros de la comunidad pueden ser portadores de un virus respiratorio u otras infecciones y que tal vez no muestren síntomas, incluso si están infectados. Por lo tanto, entiendo que podría quedar expuesto a gérmenes que provocan enfermedades y sufrir una infección contagiosa.

Entiendo que mi procedimiento dental o los procedimientos hechos en otros pacientes antes de mi consulta dental, o durante ella, podrían dar lugar a la creación de un aerosol (gotitas en el aire). La presencia de aerosol puede aumentar el riesgo de infección por la inhalación de gotitas que contienen gérmenes que provocan enfermedades. Un ejemplo de esta exposición es el coronavirus y el COVID-19. También entiendo que el consultorio del Dr. _____ cumple las actuales directrices de control y prevención de infecciones, y que se están tomando todas las medidas necesarias para disminuir el riesgo de transmisión e infección por virus o bacterias que provocan enfermedades durante mi consulta dental. Este protocolo incluye controles de prácticas de trabajo, procedimientos y equipos de protección para prevenir infecciones que puedan transmitirse mediante el contacto directo, la respiración (inhalación) o la exposición a sangre o saliva infectada.

_____ 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 dado mi historia médica y personal de la manera más completa y precisa posible, incluyendo los medicamentos que actualmente tomo (antibióticos, analgésicos y otros medicamentos, como los de venta libre, las hierbas medicinales o los suplementos) y los materiales o medicamentos a los que tengo alergia. Seguiré todas las indicaciones durante y después del tratamiento, tal y como me las han indicado y explicado, y autorizaré los procedimientos de diagnóstico recomendados, incluyendo las radiografías.

Comprendo que, aunque haya posibles riesgos y complicaciones, el tratamiento que me han recomendado es necesario. Soy consciente de que la odontología no es una ciencia exacta y reconozco que no he recibido ninguna declaración, promesa ni garantía sobre los resultados del procedimiento.

Yo, _____, he recibido información sobre el tratamiento propuesto. He hablado sobre el tratamiento con el Dr. _____ y he tenido la oportunidad de hacer preguntas, que me respondieron en su totalidad. Entiendo las características del tratamiento recomendado, las opciones de tratamientos alternativos y los riesgos del tratamiento recomendado.

Quiero recibir el tratamiento recomendado.

Aceptación de tratamiento especializado (si corresponde)

_____ Entiendo que este procedimiento también lo puede hacer un _____
Iniciales del paciente (especialista dental). 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 _____
Iniciales del paciente deriven a un _____ (especialista dental) para continuar la atención.

Firma: _____ Fecha: _____
Paciente o tutor

Firma: _____ Fecha: _____
Dentista tratante

Firma: _____ Fecha: _____
Testigo