

# Formulario modelo: Discusión y rechazo del tratamiento periodontal (de las encías)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Nombre* *Inicial*

Me han dado esta información y el formulario de rechazo para que pueda entender por completo el tratamiento que me recomiendan y las consecuencias de rechazarlo. 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 algunos 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).

### 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 que pueda surgir 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 podrían 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:

### 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**

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 relacionados con el tratamiento recomendado y los riesgos de rechazarlo.

*(La siguiente cláusula de exención de responsabilidad es opcional).*

Yo asumo personalmente los riesgos y las consecuencias de mi rechazo a recibir el tratamiento y, por parte mía, de mis herederos, albaceas, administradores y representantes personales, eximo de toda responsabilidad a aquellos dentistas que hayan sido consultados por mi caso de cualquier responsabilidad relacionada con los efectos adversos que puedan resultar de mi rechazo a recibir el tratamiento propuesto.

Reconozco que he leído este documento en su totalidad, que lo entiendo plenamente y que todos los espacios en blanco fueron completados o tachados antes de colocar mi firma.

**NO deseo recibir el tratamiento periodontal recomendado.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Paciente o tutor*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Dentista tratante*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Testigo*