

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

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.