

Formulario modelo: Discusión y rechazo del tratamiento

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

Me han dado esta información y el formulario de rechazo para que pueda entender mejor el tratamiento que me recomiendan y las consecuencias de rechazarlo. Deseo que me den la información suficiente, de una forma en que pueda entenderla, para poder tomar una decisión informada acerca del tratamiento propuesto.

Entiendo que puedo hacer todas las preguntas que quiera sobre el tratamiento recomendado.

Características del tratamiento recomendado

Me han recomendado recibir el siguiente tratamiento: _____

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. El tratamiento es necesario debido a:

- Caries Dientes rotos Infección Enfermedad periodontal (de las encías) Dolor
 Otro _____

El beneficio esperado de este tratamiento es: _____

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

Se estima que completar mi tratamiento requiere de _____ visita(s).

Se estima que mi tratamiento costará \$ _____.

Tratamientos alternativos

El tratamiento que me han recomendado ha sido elegido porque se cree que responderá mejor a mis necesidades.

Entiendo que otros métodos alternativos para tratar mi afección dental incluyen: _____

No existe otra opción de tratamiento razonable para mi afección.

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

continued...

Riesgos del tratamiento recomendado

Entiendo que ningún tratamiento odontológico está completamente libre de riesgos y que mi dentista seguirá los pasos necesarios para limitar cualquier complicación que pueda surgir durante mi tratamiento. 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, 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.

Entiendo que algunos efectos y complicaciones posteriores al tratamiento tienden a aparecer con regularidad. Estos incluyen:_____

Riesgos de no someterse al tratamiento 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:_____

_____ 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 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.

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

Yo, personalmente, asumo los riesgos y 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 recomendado.

Firma:_____ Fecha:_____
Paciente o tutor

Firma:_____ Fecha:_____
Dentista tratante

Firma:_____ Fecha:_____
Testigo