

Formulario modelo: Discusión y consentimiento para la extracción

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 de la extracción

Me han recomendado la extracción de los siguientes dientes: _____

La extracción implica quitar un diente de la boca por completo. En algunas extracciones, es posible que haya que hacer cortes en las encías y quitar el hueso de soporte o partir el diente en trozos antes de quitarlo.

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. Mis necesidades y deseos también han sido considerados. La extracción es necesaria debido a:

- Dolor Infección Enfermedad periodontal (de las encías) Caries Dientes rotos
 Diente imposible de arreglar Otro: _____

El beneficio esperado de la extracción es aliviar mis síntomas actuales o permitirme continuar con cualquier tratamiento adicional propuesto por mi dentista.

El pronóstico o las probabilidades de que la extracción sea exitosa son _____.

El costo estimado de la extracción es de \$ _____ y se espera que lleve _____ visita(s) para terminarla.

Alternativas a la extracción

Según mi diagnóstico, es posible que haya o no alternativas a la extracción que impliquen otros tipos de atención dental.

Es posible retener o restaurar el diente n.º _____ mediante:

Tratamiento de conducto Empaste Corona Tratamiento de las encías

Otro tratamiento (especificar): _____.

No es posible restaurar el diente n.º _____. La extracción es la única opción de tratamiento razonable.

_____ 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 _____.

continued...

Riesgos de la extracción

Me han informado y entiendo plenamente que existen ciertos riesgos inherentes y potenciales asociados a cualquier tipo de procedimiento quirúrgico, incluyendo las extracciones. Entiendo que, durante el procedimiento y después de este, es posible que tenga dolor o malestar, sangrado, inflamación, moretones o rigidez en la mandíbula, y que esto podría durar varios días. Entiendo que existe la posibilidad de tener una infección en el lugar de la extracción y que tal vez necesite tomar antibióticos o someterme a otros procedimientos para tratarla. Entiendo que las complicaciones menos frecuentes incluyen alveolitis seca (pérdida del coágulo sanguíneo), pérdida o aflojamiento de restauraciones dentales, pérdida de los dientes y tejidos blandos adyacentes o lesiones, fracturas de mandíbula, exposición sinusal (dientes superiores) o la posibilidad de tragarse o aspirar un diente o una restauración.

Comprendo la posibilidad de que pequeños fragmentos de la raíz se desprendan del diente que se extrae. Según su tamaño y posición, tal vez permanezcan en la mandíbula o quizás haga falta otra cirugía para quitarlos.

Entiendo que, durante la cirugía, es inevitable tocar, mover, estirar o incluso lastimar los nervios en la mandíbula que controlan la sensación y el funcionamiento de los labios, la lengua, el mentón, los dientes y la boca. Esto podría causar alteraciones de los nervios como dolor o adormecimiento temporal o permanente, 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 es posible que la extracción del diente no alivie mis síntomas y que surjan complicaciones. Quizás se necesite otro tratamiento u otros procedimientos.

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, sensaciones poco frecuentes como picazón, ardor o cosquilleo en los tejidos de los labios, la lengua, el mentón, los dientes o la boca.

Otros riesgos impredecibles no mencionados arriba incluyen: _____

_____ He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de estos riesgos y sobre cualquier otro riesgo que haya escuchado o considerado, incluyendo _____.

Iniciales del paciente

continued...

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 los 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, la extracción, la cirugía o el tratamiento que me han recomendado es necesario. Soy consiente de que la odontología y la cirugía no son ciencias exactas, y reconozco que no he recibido ninguna declaración, promesa o garantía acerca de los resultados de la cirugía o del tratamiento.

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.

Deseo recibir el tratamiento recomendado.

_____ Entiendo que un cirujano dentista (dentista especializado) también puede hacer este tratamiento. Entiendo
Iniciales del paciente 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 cirujano dentista para continuar la atención.

Firma: _____ Fecha: _____
Paciente o tutor

Firma: _____ Fecha: _____
Dentista tratante

Firma: _____ Fecha: _____
Testigo