

Formulario modelo: Discusión y consentimiento para la colocación de implante mediante cirugía

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 cirugía de colocación de implante

Los implantes dentales son elementos que se unen quirúrgicamente al hueso de la mandíbula y funcionan como sustitutos de la raíz natural de los dientes. Los implantes permiten reemplazar dientes que faltan mediante coronas, dentaduras o puentes fijos que se unen a la parte superior del implante. Me han recomendado la colocación de un total de _____ implantes dentales en las siguientes posiciones dentales o áreas de la boca: _____.

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 cirugía de colocación de implantes implica hacer un corte en la encía y crear un hueco en el hueso de la mandíbula para cada implante dental. Se coloca el implante dental de manera ceñida en el hueco creado especialmente a su medida. En algunos casos, se puede colocar un implante en el alvéolo dental al momento de la extracción del diente. Las encías luego se cierran con sutura sobre el implante. Se requieren visitas de seguimiento. Luego de la colocación, debe pasar un tiempo para que los implantes sanen y se fijen al hueso que los rodea antes de poder fabricar los dientes de reemplazo que se colocarán encima de ellos. Entiendo que el tiempo esperado de curación será de _____ meses. Durante este tiempo, quizás no tenga dientes de reemplazo. Luego será necesaria una segunda cirugía para revelar el implante y prepararlo para su uso.

El pronóstico o las probabilidades de que el procedimiento sea exitoso son _____. Sin embargo, entiendo que no he recibido ninguna declaración, promesa o garantía acerca del éxito de este tratamiento ni de su duración.

El costo estimado de mi(s) implante(s) es de \$_____ y se espera que lleve _____ visita(s) para terminar el procedimiento. Luego de la colocación del implante, se estima que podré continuar con el reemplazo de mis dientes faltantes en _____ meses.

Alternativas a la cirugía de colocación de implante

Según el estado de mi boca y el diagnóstico actual que reciba, es posible que haya otras alternativas para el tratamiento de colocación de implante y el reemplazo del diente mediante implante. Entiendo que las posibles alternativas a la restauración con implante son:

- **Reemplazo del diente o de los dientes faltantes mediante un puente fijo sostenido por un diente.** Los dientes naturales que rodean el espacio vacío se usan para sostener un puente, el cual se cementa y no se puede quitar. Para este procedimiento, se debe desgastar los dientes naturales con el torno y moldearlos de manera apropiada para que sostengan el puente fijo.
- **Reemplazo del diente o de los dientes faltantes mediante una dentadura parcial removible o una dentadura completa.** Las dentaduras parciales y completas se quitan de la boca para limpiarlas.
- **No hacer ningún tratamiento.** Puedo decidir no reemplazar el diente o los dientes que faltan. Si decido no hacer ningún tratamiento, mis dientes pueden moverse con el tiempo, lo cual puede causar problemas de masticación o en las encías.

_____ 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 cirugía de colocación de implante

Me han informado y entiendo plenamente que existen ciertos riesgos inherentes y potenciales asociados a cualquier tipo de procedimiento quirúrgico, incluso la cirugía de colocación de implante. Entiendo que, durante el procedimiento y después de este, es posible que tenga dolor o malestar, sangrado, inflamación o moretones, y que esto podría durar varios días.

Entiendo que existe la posibilidad de tener una infección en el lugar del implante o alrededor de este y que es posible que necesite tomar antibióticos o someterme a otros procedimientos para tratarla. Entiendo que las complicaciones menos frecuentes incluyen lesiones a los dientes y tejidos blandos adyacentes, fracturas de mandíbula, exposición o infección sinusal (arco superior), limitación para abrir la boca completamente y dolor en las articulaciones temporomandibulares.

Comprendo que tal vez el implante no se sujete correctamente al hueso circundante y que quizás haya que quitarlo. Entiendo que esto puede suceder por motivos desconocidos. Comprendo que el consumo de productos de tabaco (para fumar o masticar) y ciertos medicamentos o enfermedades aumentan el riesgo de que el implante fracase y haya que quitarlo.

Entiendo que los malos hábitos de alimentación y una higiene oral deficiente podrían afectar negativamente la duración del implante. Entiendo que el diseño y la fabricación del diente o de los dientes de reemplazo podrían contribuir al fracaso del implante.

Entiendo que tal vez haya que colocar los implantes muy cerca de los nervios en la mandíbula que controlan la sensibilidad y el funcionamiento de los labios, la lengua, el mentón, los dientes y la boca. También comprendo que, después de la cirugía de colocación de implante, es posible que tenga 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 el riesgo es mayor en la mandíbula inferior.

Entiendo que tal vez se necesiten más procedimientos quirúrgicos según los hallazgos y las observaciones que aparezcan durante la cirugía y que se desconocen en este momento.

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 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, el tratamiento que me han recomendado es necesario. Soy consciente 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 el 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 o un periodoncista (dentistas especializados) también pueden hacer este
Iniciales del paciente tratamiento. 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 deriven a un cirujano dentista o a un periodoncista para recibir mayor atención quirúrgica.

Firma: _____ Fecha: _____
Paciente o tutor

Firma: _____ Fecha: _____
Dentista tratante

Firma: _____ Fecha: _____
Testigo