

CONSENTIMIENTO PARA LA EXTRACCIÓN DE DIENTES

Nombre del paciente _____

Por favor, inicial cada párrafo después de leer. Si tiene alguna pregunta, por favor consulte a su médico ANTES de iniciar la sesión.

Usted tiene derecho a ser informado sobre su diagnóstico y la cirugía planificada para que pueda decidir si tiene un procedimiento o no después de conocer los riesgos y beneficios.

Su diagnóstico es: Diente no restablecible Dientes de sabiduría Periodontitis Absceso apical Otro: _____

Su tratamiento planeado es: Extracción de dientes # (s): _____

Los métodos alternativos de tratamiento incluyen: Tratamiento del Canal Radicular Ninguno Otro: _____

Sacar los dientes es un proceso permanente. Si el procedimiento es fácil o difícil, sigue siendo un procedimiento quirúrgico. Todas las cirugías tienen algunos riesgos. Incluyen lo siguiente y otros:

- _____ 1. Inflamación, moretones y dolor.
- _____ 2. Estiramiento de las esquinas de la boca que puede conducir a grietas o moretones.
- _____ 3. Posible infección que podría necesitar más tratamiento.
- _____ 4. Dolor en la mandíbula seca que comienza unos días después de la cirugía, que puede necesitar más atención.
- _____ 5. Posibles daños a otros dientes cerca de los que se sacan, más a menudo aquellos con grandes rellenos o tapas.
- _____ 6. Entumecimiento, dolor o cambios en los sentimientos de los dientes, encías, labios, barbilla y / o lengua (incluyendo posible pérdida del gusto). Esto se debe a la proximidad de las raíces del diente (principalmente con dientes del juicio) a los nervios que pueden ser lesionados o dañados. Por lo general, el entumecimiento o el dolor desaparece, pero en algunos casos, puede necesitar más tratamiento o puede ser permanente.
- _____ 7. Trismus - sólo se puede abrir la boca un poco. Esto es más común después de sacar las muelas del juicio. A veces sucede debido a los problemas de articulación mandibular (TMJ) ya existentes. Puede causar daño a los ligamentos de la articulación mandibular (TMJ) por tener la boca abierta y / o por un período de tiempo. Esto es más común si ya tiene síntomas o signos. Esto puede requerir tratamiento adicional separado.
- _____ 8. Sangrado - el exudado puede suceder a menudo durante varias horas, pero una gran cantidad de sangrado no es común.
- _____ 9. Pueden formarse crestas agudas o fragmentos de hueso más adelante en el borde del agujero donde se extrajo el diente. Estos pueden necesitar otra cirugía para suavizar o quitar.
- _____ 10. A veces se pueden dejar las raíces de los dientes para evitar dañar cosas importantes como los nervios o un seno (un lugar hueco por encima de los dientes superiores de la espalda).
- _____ 11. Las raíces de los dientes superiores de la espalda están a menudo cerca del seno ya veces un pedazo de raíz puede entrar en el seno. Una abertura puede ocurrir del sinus en la boca que puede necesitar más tratamiento.
- _____ 12. Es muy raro que la mandíbula se rompa, pero es posible en casos donde los dientes están enterrados muy profundamente en sus bases.
- _____ 13. Cuando se colocan sustitutos óseos donados, procesados o artificiales para preservar un zócalo, las piezas podrían no unirse con el hueso natural y podrían perderse.

INFORMACIÓN PARA PACIENTES HEMBRA CON PÍLDORAS DE CONTROL DE NACIMIENTO

- _____ 14. Le he dicho a mi médico que uso píldoras anticonceptivas. Mi médico me ha dicho que algunos antibióticos y otros medicamentos pueden reducir el efecto preventivo de las píldoras anticonceptivas, y yo podría concebir y quedar embarazada. Estoy de acuerdo en discutir con mi médico personal usando otras formas de control de la natalidad durante mi tratamiento y continuar con esos métodos hasta que mi médico personal diga que puedo detenerlos y usar sólo píldoras anticonceptivas orales.

CONSENTIMIENTO

Entiendo que mi médico no puede prometer que todo será perfecto. Entiendo que el tratamiento mencionado anteriormente y otras formas de tratamiento o ningún tratamiento en absoluto son opciones que tengo y los riesgos de esas opciones se me han presentado. He leído y entiendo lo anterior y doy mi consentimiento a la cirugía y la anestesia elegida. He dado un historial médico completo y veraz, incluyendo todos los medicamentos, uso de drogas, embarazo, etc. Certifico que hablo, leo y escribo inglés. Todas mis preguntas han sido contestadas antes de firmar este formulario.

Firma del paciente (o tutor legal): _____ Fecha: _____

Firma del doctor: _____ Fecha: _____