



Open and Affordable Dental and Braces®

Consentimiento para la cirugía de implantes dentales

Nombre del paciente: _____

Este documento y su conversación con su dentista tienen como objetivo ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre su cirugía. Como miembro del equipo de tratamiento, se le ha informado sobre su diagnóstico, el procedimiento planificado, los riesgos, beneficios y alternativas asociados con el procedimiento y cualquier costo asociado. Debe considerar todo lo anterior, incluida la opción de rechazar el tratamiento, antes de decidir si continúa con el procedimiento planificado. Su dentista estará encantado de responder cualquier pregunta que pueda tener y brindar información adicional antes de que decida firmar este documento y continuar con el procedimiento.

Diagnóstico: Diente faltante Diente no restaurable Prótesis retenida por implantes

Tratamiento: Colocación de implantes en los dientes #(s): _____

Alternativas: Puente dental removible

1. He sido informado y comprendo que los riesgos potenciales relacionados con este procedimiento quirúrgico incluyen, entre otros:

- Dolor, hinchazón, sangrado, infección, hematomas, retraso en la curación, cicatrices, daño a otros dientes y/o raíces que pueden resultar en la necesidad de reparación o pérdida de dientes, diente/dientes flojos, daño a prótesis dentales, grietas y/o estiramientos de las comisuras de la boca, cortadas dentro de la boca o en los labios, fractura de mandíbula, estrés o daño a las articulaciones de la mandíbula (ATM), dificultad para abrir la boca o masticar, reacción alérgica y/o adversa a medicamentos y/o materiales ;
- Lesión a nervios, que puede ocurrir debido al procedimiento quirúrgico y/o la administración de anestesia local, lo que resulta en alteración o pérdida de sensibilidad, entumecimiento, dolor o sensación alterada en la cara, mejilla(s), labios, barbilla, dientes, encías y/o lengua (incluida la pérdida del gusto). Estas condiciones pueden resolverse con el tiempo, pero en algunos casos pueden ser permanentes;
- Puede ocurrir una conexión desde la boca hacia las cavidades nasales o sinusales;
- Imposibilidad de colocar el implante debido a la anatomía local; Fallo del implante;
- Decoloración y cambios de apariencia del tejido de las encías; Resultado cosmético insatisfactorio;
- Fractura de mandíbula;
- Pérdida de hueso alrededor de los implantes y/o dientes adyacentes; Entiendo que puede ser necesario un injerto óseo.

2. Me han informado y entiendo que es posible que se necesiten visitas o atención de seguimiento, evaluación, tratamiento y/o cirugía adicionales.

3. Responsabilidades del paciente

Entiendo que soy un miembro importante del equipo de tratamiento. Para aumentar las posibilidades de lograr resultados óptimos, he proporcionado un historial médico preciso y completo, que incluye todas las afecciones médicas y dentales pasadas y presentes, medicamentos recetados y no recetados, alergias, uso de drogas recreativas y embarazo (si corresponde).

Entiendo que el uso de tabaco y alcohol es perjudicial para el éxito de mi tratamiento.

Acepto seguir todas las instrucciones que me brindó esta oficina antes y después del procedimiento, tomar los medicamentos según lo recetado, practicar una higiene bucal adecuada, asistir a todas las citas, programar citas de regreso si surgen complicaciones y brindar atención completa. Informaré a mi dentista de cualquier problema postoperatorio a medida que surja. Mi incumplimiento podría resultar en complicaciones, riesgos o resultados no óptimos.

Entiendo y acepto que el dentista no puede garantizar los resultados del procedimiento ni el tiempo necesario para completar mi tratamiento. Tuve tiempo suficiente para leer este documento, comprender las declaraciones anteriores y tuve la oportunidad de obtener respuestas a todas mis preguntas. Al firmar este documento, reconozco y acepto los posibles riesgos y complicaciones del procedimiento y acepto continuar.

Si estoy sedado o bajo anestesia general durante el procedimiento, autorizó que el dentista modifique el procedimiento si, a su criterio profesional, es lo mejor para mí.

Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: _____

Firma del médico Fecha: _____ Fecha: _____