



## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO PERIODONTAL

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.

Mi diagnóstico es:  Enfermedad periodontal  Otro \_\_\_\_\_

Mi tratamiento planeado es:  Escalado y Aplanamiento de raíz  Otro \_\_\_\_\_

Otros métodos de tratamiento incluyen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 1. Mi médico ha explicado que existen ciertos riesgos potenciales y efectos secundarios de no proceder con el tratamiento, algunos de los cuales pueden ser graves. Incluyen lo siguiente y otros:

- Recesión de la encía
- Mal aliento
- Incapacidad para realizar una adecuada higiene dental
- Aflojamiento de los dientes
- Abscesos o infección
- Dolor
- Masticación deficiente
- Sensibilidad del diente
- Movimiento del diente
- El empeoramiento de mi condición de las encías
- Encierro más profundo
- Pérdida prematura de los dientes con necesidad de reemplazo

\_\_\_\_\_ 2. Entiendo que hay riesgos asociados con el tratamiento propuesto, incluyendo:

- Hinchazón, sangrado y dolor, Sensibilidad de los dientes calientes y fríos, Encogimiento de las encías con exposición de los bordes o bordes de la corona
- Alteraciones cosméticas y alteraciones del habla, Posibles pérdidas de sensibilidad al gusto, Infecciones o abscesos
- Pérdida de dientes, entumecimiento prolongado, movilidad dentaria, impactación alimenticia, tinción de raíces
- Restricciones en la apertura bucal (secundarias a la hinchazón o al estrés en las articulaciones de la mandíbula), pérdida de tejidos
- Enfermedades persistentes o recurrentes de las encías, Pérdida de implantes, Tratamiento de conductos radiculares, Tratamiento de la ATM
- Otros: \_\_\_\_\_

No se me ha dado ninguna garantía o garantía de éxito para este tratamiento, y entiendo que cada paciente es diferente, por lo que es imposible predecir los resultados exactamente. Aunque se espera una mejoría, también entiendo que mi condición puede ser la misma, mejor o peor después del tratamiento y que el cuidado continuo puede ser necesario.

Entiendo que para ayudar en el tratamiento exitoso y para disminuir los peligros de las complicaciones, debo cumplir ciertos requisitos: higiene oral excelente, dieta apropiada con restricciones en ciertos alimentos duros o masticables, cumplimiento estricto de las instrucciones sobre el uso de medicamentos o el uso de electrodomésticos y Cooperación en el mantenimiento de los nombramientos. He proporcionado una declaración completa y exacta de mi historia médica y social. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de la información en este formulario y me han dado respuestas que son para mi satisfacción.

### 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 son opciones que tengo. He leído y entiendo lo anterior y doy mi consentimiento a la cirugía. 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 / Higienista: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_