

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTE DENTAL

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Este formulario y su conversación con el médico tienen como objetivo ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre su operación. Como miembro del equipo de tratamiento, ha recibido información sobre su diagnóstico, el procedimiento planificado, los riesgos, los beneficios y las alternativas asociadas al procedimiento, y todo costo relacionado. Debe considerar todo esto, incluso la opción de rechazar el tratamiento, antes de decidir si proseguir o no con el procedimiento planificado. El médico está dispuesto a responder cualquier pregunta que usted pueda tener y a brindarle información adicional antes de que usted decida si firmará este documento y se realizará el procedimiento.

Diagnóstico: _____

Procedimiento: _____

Opciones alternativas: _____

Si se debe adjuntar una corona, puente o dentadura postiza al (a los) implante(s), lo hará el Dr.:

1. Me han informado y entiendo los posibles riesgos relacionados con este procedimiento quirúrgico, que son los siguientes, entre otros:

- Dolor, inflamación, sangrado, infección, moretones, demora en la cicatrización, cicatrices, daño a otros dientes o raíces que puede requerir la reparación o extracción del diente, dientes flojos, daño a dispositivos dentales, retención de estructura dental, huesos o materiales extraños en el cuerpo, fisura o estiramiento de las comisuras de los labios, cortes dentro de la boca o en los labios, fractura de mandíbula, presión o daño en las articulaciones de la mandíbula (articulaciones temporomandibulares), dificultad para abrir la boca o masticar, reacción alérgica o adversa a los medicamentos o materiales.
- Lesión en un nervio, que puede ocurrir por el procedimiento quirúrgico o la administración de anestesia local, y que puede producir alteración o pérdida de sensibilidad, entumecimiento, dolor o alteración de la sensibilidad en el rostro, las mejillas, los labios, el mentón, los dientes, las encías o la lengua (incluso la pérdida del sentido del gusto). Estas afecciones pueden desaparecer con el paso del tiempo, pero en algunos casos pueden ser permanentes o requerir otro tratamiento.
- Puede producirse una abertura desde la boca hacia las cavidades nasales o sinusales.
- Imposibilidad de colocar el implante debido a la anatomía local, a que el volumen del hueso es insuficiente o a que la calidad del hueso no lo soportará.
- Fallo del implante.
- Pigmentación y cambios en la apariencia del tejido de las encías.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTE DENTAL

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

- Resultado funcional o estético insatisfactorio.
- Reducción ósea o pérdida ósea irreversible.
- Pérdida de hueso alrededor de los implantes o en los dientes adyacentes.
- Comprendo que puede ser necesario un injerto de hueso.

2. He elegido proseguir con las anestésicas indicadas a continuación.

_____ Anestesia local

_____ Óxido nitroso (gas hilarante)

_____ Sedación leve

_____ Sedación moderada

_____ Sedación profunda (anestesia general)

Me han informado y entiendo los posibles riesgos asociados con la anestesia, que son los siguientes, entre otros:

- Reacciones alérgicas o adversas a medicamentos o materiales.
- Dolor, inflamación, enrojecimiento, irritación, entumecimiento o moretones en la zona donde se coloca la aguja intravenosa. Por lo general, el entumecimiento o el dolor desaparece, pero en algunos casos puede ser permanente.
- Náuseas, vómitos, desorientación, confusión, falta de coordinación y, ocasionalmente, somnolencia prolongada. Algunos pacientes pueden tener memoria de todos o algunos de los acontecimientos del procedimiento quirúrgico después de que este termina.
- Complicaciones cardíacas y respiratorias que pueden causar daño cerebral, accidente cerebrovascular, ataque cardíaco (paro cardíaco) o muerte.
- Dolor de garganta o ronquera si se usa un tubo endotraqueal.

Si he elegido sedación leve, moderada o profunda (anestesia general), no he comido ni bebido nada durante al menos seis (6) horas antes del procedimiento. Entiendo que no cumplir esta condición puede poner en peligro mi vida. Como se me indicó, he tomado mis medicamentos habituales (medicamentos para la presión arterial, antibióticos, etc.) o cualquier otro medicamento que me haya dado mi médico con pequeños sorbos de agua solamente. Estoy acompañado por un adulto responsable quien me llevará al consultorio del médico y de regreso y se quedará conmigo después del procedimiento hasta que esté lo suficientemente recuperado como para poder cuidar de mí mismo. Entiendo que el efecto de los fármacos que me administran para este procedimiento puede durar 24 horas. Durante mi recuperación de la anestesia, acepto no manejar, operar maquinaria o dispositivos complejos ni tomar decisiones importantes, como firmar documentos, etc.

3. Se me ha informado y entiendo que es posible que se necesiten visitas o atención de seguimiento, evaluaciones, tratamientos o cirugías adicionales, u hospitalización.

Revisado en 2022

Iniciales del paciente _____

Página 2 de 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTE DENTAL

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

4. Responsabilidades del paciente

Entiendo que soy un miembro importante del equipo de tratamiento. Para aumentar la probabilidad de lograr resultados óptimos, he suministrado una historia clínica completa y precisa, que incluye todas las afecciones dentales y médicas pasadas y presentes, medicamentos recetados y sin receta, alergias, uso de drogas recreativas y embarazo (si corresponde).

Entiendo y acepto seguir todas las instrucciones que me han dado en el consultorio antes y después del procedimiento, tomar los medicamentos tal como me lo han indicado, mantener buenos hábitos de higiene oral, cumplir con todas las citas, concertar otras citas si surgen complicaciones y terminar el tratamiento.

Entiendo y acepto que el consumo de tabaco y alcohol es perjudicial para el éxito de mi tratamiento y cumpliré con las instrucciones del médico. Además, estoy al tanto de que ciertos factores de salud y el consumo de tabaco pueden afectar considerablemente el tiempo de cicatrización de los implantes dentales e incluso causar que fallen.

Entiendo que, según mi plan específico de tratamiento:

- los implantes pueden quedar cubiertos por tejido de la encía durante un tiempo hasta que cicatricen y que, en ese caso, se necesitaría otro procedimiento quirúrgico para descubrir la parte superior del implante y prepararlo para colocar el material de restauración definitivo; O BIEN
- los implantes se pueden cubrir de inmediato con un material de restauración temporal o definitivo y, en algunos casos, eso puede aumentar el riesgo de que el implante falle.

Asimismo, tengo entendido lo siguiente:

- La decisión de colocar un material de restauración de inmediato o no, puede cambiar durante el procedimiento quirúrgico en función de la calidad del hueso, la anatomía u otros factores.
- Dado que mi plan de tratamiento puede cambiar durante la cirugía, es posible que no salga del consultorio con una solución definitiva o inmediata para reemplazar mis dientes.

Sé que los implantes dentales fallan. Además, entiendo que ese riesgo aumenta si no cumplo con mis responsabilidades relacionadas con el mantenimiento a largo plazo, el seguimiento y la higiene oral.

Estoy al tanto de que puede ser necesario alterar mi dieta y evitar alimentos duros, pegajosos, difíciles de masticar, picantes, ácidos o con alta temperatura.

Entiendo que es probable que requiera la atención de otros profesionales dentales en función de mi plan de tratamiento y para cualquier ajuste necesario de mi prótesis.

Informaré a mi médico de todo problema posoperatorio en el momento que surja. Mi incumplimiento podría causar complicaciones, riesgos o resultados inferiores a los óptimos.

Comprendo y acepto que el médico no puede garantizar los resultados del procedimiento ni la duración del período necesario para completar mi tratamiento. He tenido tiempo suficiente para leer este documento, entiendo todo lo que dice y he tenido la oportunidad de que me respondan

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTE DENTAL

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

todas mis preguntas. Al firmar este documento, reconozco y acepto los posibles riesgos y complicaciones del procedimiento y acepto proseguir.

Si estoy sedado o bajo los efectos de anestesia general durante el procedimiento, autorizo al médico a modificar el procedimiento si, según su criterio profesional, es lo más conveniente para mí.

Firma del paciente o su representante
legal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del paciente o su representante legal/Relación

Testigo de la firma del paciente

Fecha