

CONSENTIMIENTO PARA LA COLOCACIÓN DE IMPLANTES Y ANESTESIA

Instrucciones para el paciente: Lleve este documento a casa y léalo detenidamente. Anote cualquier pregunta que pueda tener en el área provista en el párrafo 15. Regrese esto a nuestra oficina en su próxima cita y el médico lo revisará con usted antes de firmar en la página 4.

Mi médico me ha explicado los distintos tipos de implantes que se utilizan en odontología y me han informado de las alternativas a la cirugía de implantes para el reemplazo de mis dientes perdidos. También se me ha informado de los riesgos previsibles de esas alternativas. Entiendo qué procedimientos son necesarios para lograr la colocación de los implantes, ya sea sobre, dentro o a través del hueso, y entiendo que los tipos más comunes de implantes disponibles son subperiósticos (en el hueso), endóseos (en el hueso). y transosteal (a través del hueso). El tipo de implante recomendado para mi afección específica está marcado con un círculo arriba. También entiendo que los implantes endóseos (más comúnmente conocidos como forma de raíz) generalmente tienen los resultados más predecibles. Además, entiendo que los implantes subperiósticos, si es una opción para mí, no se usan ampliamente, pero anularán la necesidad de que yo tenga el injerto óseo y otros procedimientos quirúrgicos que serían necesarios para la colocación de implantes en forma de raíz. Entiendo que el riesgo asociado con el uso de un implante subperióstico es la falla y pérdida del implante que podría reducir aún más la cantidad mínima de hueso existente que tengo ahora, requiriendo injertos óseos más extensos y otros procedimientos quirúrgicos en algún momento futuro. Prometo y acepto la responsabilidad de no regresar a esta oficina para los exámenes y cualquier tratamiento recomendado, al menos cada 6 meses. Si no lo hago, por cualquier motivo, puede poner en peligro el éxito clínico del sistema de implantes. En consecuencia, acepto liberar y mantener a mi dentista indemne si mis implantes fallan como resultado de no mantener un examen continuo y una rutina de mantenimiento preventivo según las indicaciones de mi dentista.

2. Además, se me ha informado que, si no se elige ningún tratamiento para reemplazar los dientes faltantes o las dentaduras postizas existentes, el riesgo de no tratamiento incluye, entre otros:

- (a) Mantenimiento de la (s) dentadura (s) total o parcial (es) existente (s) con rebase o rehacer - Cada 3 a 5 años, o según sea necesario debido a la disolución lenta pero progresiva del hueso de la mandíbula subyacente que sostiene la dentadura;
- (b) Cualquier malestar presente o ineficiencia masticatoria con la dentadura postiza parcial o completa existente puede persistir o empeorar con el tiempo;
- (c) Desplazamiento, inclinación y / o extrusión de los dientes restantes;
- (d) Aflojamiento de los dientes, enfermedad periodontal (encía y hueso), posiblemente seguida de extracción (es);

- (e) Un posible problema de atasco en la articulación (TMJ / TMD) causado por una mordida deficiente, colapsada o inadecuada.

3. Soy consciente de que la práctica de la odontología y la cirugía dental no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha brindado ninguna garantía con respecto al éxito de mi cirugía de implantes, el tratamiento y los procedimientos asociados, o los procedimientos dentales posquirúrgicos. Además, soy consciente de que existe el riesgo de que la colocación del implante falle, sin que nadie tenga la culpa, lo que podría requerir más cirugía correctiva asociada con la extracción. Tales fallas y procedimientos de reparación también podrían implicar la imposición de tarifas adicionales.

4. Entiendo que el éxito del implante depende de una serie de variables que incluyen, entre otras: la tolerancia y la salud del paciente individual, las variaciones anatómicas, el implante y hábitos como rechinar los dientes. También entiendo que está disponible en una variedad de diseños y materiales y la elección del implante depende del criterio profesional de mi dentista.

5. Además, se me ha informado de los riesgos y complicaciones previsibles de la cirugía de implantes, la anestesia y los medicamentos relacionados que incluyen, entre otros: fallo del implante (s), inflamación, hinchazón, infección, decoloración, entumecimiento (extensión y duración exactas), desconocido), inflamación de los vasos sanguíneos, lesión de los dientes existentes, fracturas óseas, penetración de los senos nasales, cicatrización tardía o reacción alérgica a los fármacos o medicamentos utilizados. Nadie me ha hecho promesas ni me ha dado garantías sobre el resultado de este tratamiento o estos procedimientos. Entiendo que cualquiera de estas complicaciones podría ocurrir incluso cuando todos los procedimientos dentales se hayan realizado correctamente.

6. Se me ha informado que el consumo de tabaco, alcohol o azúcar puede afectar la cicatrización del tejido y puede limitar el éxito del implante. Debido a que no hay forma de predecir con precisión la capacidad de curación de las encías y los huesos de cada paciente, sé que debo seguir las instrucciones de atención domiciliaria de mi dentista e informar a mi dentista para los exámenes regulares según las instrucciones. Además, entiendo que una excelente atención en el hogar, incluido el cepillado, el uso de hilo dental y el uso de cualquier otro dispositivo recomendado por mi dentista, es fundamental para el éxito de mi tratamiento y mi fracaso en hacer lo que se supone que debo hacer en casa será más que probable contribuir al fracaso de los implantes.

7. También me han informado que existe un riesgo mínimo de que el implante se rompa, lo que puede requerir procedimientos adicionales para reparar o reemplazar el implante roto.

8. Autorizo a mi dentista a realizarme el servicio dental, incluidos los implantes y otras cirugías relacionadas, como el aumento óseo. Estoy de acuerdo con el tipo de anestesia que se ha

discutido conmigo y los posibles efectos secundarios: local, sedación intravenosa o anestesia general. Acepto no operar un vehículo motorizado o dispositivo peligroso durante al menos veinticuatro (24) horas o hasta que esté completamente recuperado de los efectos de la anestesia o los medicamentos administrados para mi cuidado. Mi dentista también ha hablado de los distintos tipos y tipos de material de aumento óseo, y le he autorizado a seleccionar el material que crea que es la mejor opción para mi tratamiento con implantes.

_____ 2 Iniciales

9. Si surge una condición imprevista en el curso del tratamiento que requiera la realización de procedimientos adicionales o diferentes a los ahora contemplados, y estoy bajo anestesia general o sedación intravenosa, además autorizo a mi dentista a hacer lo que él / ella considere razonablemente necesario y aconsejable dadas las circunstancias, incluida la decisión de no continuar con el procedimiento de implante.

10. Apruebo cualquier modificación razonable en el diseño, materiales o procedimientos quirúrgicos, si mi dentista, a su juicio profesional, decide que lo mejor para mí es hacerlo

11. Que yo sepa, he presentado un informe preciso de mi historial médico. También he informado sobre reacciones alérgicas u otras reacciones a medicamentos, alimentos, picaduras de insectos, anestésicos, polen, polvo; enfermedades de la sangre, reacciones de las encías o de la piel, sangrado anormal o cualquier otra afección relacionada con mi salud física o mental o cualquier problema experimentado con cualquier tratamiento médico, dental o de atención médica anterior en mi cuestionario de historial médico. Entiendo que ciertos trastornos mentales y / o emocionales pueden aumentar el riesgo de falla o contraindicar la terapia con implantes y, por lo tanto, he marcado expresamente Sí o No para indicar si he tenido o no algún tratamiento o terapia anterior de cualquier tipo o tipo para cualquier enfermedad mental. o condición emocional.

12. Autorizo a mi dentista a hacer fotografías, diapositivas, radiografías o cualquier otra ayuda visual de mi tratamiento que se utilizará para el avance de la odontología de implantes de cualquier manera que mi dentista considere apropiada. Sin embargo, no se utilizarán fotografías u otros registros que me identifiquen sin mi consentimiento expreso por escrito.

13. Comprendo y entiendo que el propósito de este documento es evidenciar el hecho de que doy mi consentimiento a sabiendas a los procedimientos de implantes recomendados por mi dentista.

14. Acepto que, si no sigo las recomendaciones y los consejos de mi dentista para el cuidado posoperatorio, mi dentista puede terminar la relación dentista-paciente, requiriendo que busque tratamiento de otro dentista. Me doy cuenta de que la atención posoperatoria y el tratamiento de mantenimiento son fundamentales para el éxito final de los implantes dentales. Acepto la responsabilidad por las consecuencias adversas que resulten de no seguir los consejos de mi dentista.

_____ 3 Inicial

15. Preguntas que tengo que hacerle a mi dentista:

16. HE LEÍDO Y COMPRENDIDO COMPLETAMENTE ESTA AUTORIZACIÓN, UN CONSENTIMIENTO PARA IMPLANTAR LA COLOCACIÓN Y ANESTESIA, Y TODAS MIS PREGUNTAS, SI LAS HAY, HAN SIDO COMPLETAMENTE RESPONDIDAS. HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LLEVAR ESTE DOCUMENTO A CASA Y REVISARLO ANTES DE FIRMARLO. ENTIENDO Y ACEPTO QUE MI INICIAL EN CADA PÁGINA, JUNTO CON MI FIRMA A CONTINUACIÓN, ESTABLECE QUE HE DADO MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDER CON EL TRATAMIENTO.

_____ Firma del dentista

_____ Firma de testigo

_____ Firma del paciente

_____ Padre o tutor, si el paciente es menor de edad

_____ 4 Inicial

_____ Fecha