



CONSENTIMIENTO PARENTAL INFORMADO para TRATAMIENTO DENTAL INFANTIL

Su niño necesita tratamiento dental. Este formulario explica el tratamiento requerido y solicita su permiso para proporcionarlo.

EXTRACCIÓN O EXTIRPACIÓN DEL DIENTE: Si la infección se ha extendido tanto que no pueda reconstruirse el diente, es mejor removerlo para prevenir que la infección se extienda. Después de "adormecer" el área con anestésicos, el diente será removido y se colocará un poco de gasa para controlar el sangrado. Se deberá tener cuidado de no enjuagarse durante un par de días o el sangrado podría empezar de nuevo. Morder una gaza o una toallita de algodón normalmente detiene el sangrado. Después del tratamiento es posible que se sienta dolor o que haya inflamación, generalmente mínimos

INFORMACIÓN A CONSIDERAR Una extracción dental conlleva remover uno o más dientes. Dependiendo de su condición, esto puede requerir que los dientes sean seccionados o que el tejido de la encía y el hueso sean cortados. Si surge alguna dificultad inesperada durante el tratamiento, es posible que se le refiera a un especialista en cirugía dental. Una vez que el diente sea extraído, usted tendrá un espacio que tal vez desee llenar con un dispositivo fijo o removible. Pudiera ser necesario reemplazar dientes perdidos para evitar el movimiento de los dientes adyacentes y/u opuestos y mantener su función, o por razones de apariencia estética. Se le ofrecerá explicación de las opciones que existen para recibir un dispositivo fijo o removible. Como en todos los procedimientos quirúrgicos, las extracciones no son siempre perfectamente seguras. Puesto que cada persona es única y responde de manera diferente a la cirugía, el proceso de cicatrización puede variar y no es posible brindar una garantía. Los dientes extraídos no reemplazados pueden causar que otros dientes se muevan o se desplacen, creando espacios entre los dientes restantes y haciendo imposible reemplazar o enderezarlos más tarde. Si se deja por un largo periodo de tiempo, el movimiento de los dientes puede causar una "maloclusión", llamado así cuando los dientes superiores e inferiores no "encajan" como en el pasado.

RIESGOS DE LA EXTRACCIÓN, ENTRE OTROS: Entiendo que después del tratamiento puedo experimentar pérdida de sangre, dolor, inflamación y molestias durante varios días, lo cual podrá ser tratado con analgésicos. Es posible que después de la extracción aparezca una infección que deberá ser tratada con antibióticos u otros procedimientos. Si los síntomas persisten o empeoran deberé comunicarme de inmediato con mi dentista. Entiendo que recibiré un anestésico local mediante una inyección y/u otras medicaciones. Entiendo que podría presentarse un adormecimiento de los dientes, labios, lengua y tejido colindante (parestesia) después de las inyecciones. En raras ocasiones, los pacientes pueden sufrir una reacción fuerte e impredecible al anestésico, lo cual puede requerir atención médica de emergencia. La medicación puede afectar la capacidad de controlar la deglución. Esto aumenta las probabilidades de ingerir objetos extraños durante el tratamiento.

Dependiendo de la anestesia y de los medicamentos administrados, es posible que necesite que un conductor designado me lleve en automóvil hasta mi casa. Rara vez, como resultado de una inyección, puede haber una lesión nerviosa, temporal o permanente, que derive en la pérdida de sensibilidad en el mentón, los labios, las encías, la lengua y en una pérdida parcial del sentido del gusto. Entiendo que toda la medicación en esta clínica dental tiene el potencial de producir riesgos, efectos secundarios y reacciones adversas. Pueden causar enrojecimiento e inflamación de los tejidos, dolor, picor, vómitos y/o choque anafiláctico. Confirmando que, según entiendo, se me ha facilitado un informe acertado de mi historial de salud mental y física. También he informado de cualquier alergia o reacción inusual a

medicamentos, alimentos, picaduras de insectos, anestesia, polen, polvo, enfermedades corporales o de la sangre, reacciones en piel o encías, sangrado anormal o cualquier otra condición previarelacionada con mi salud. Entiendo que si he tomado, o estoy tomando, medicación para la osteoporosis o estoy en tratamiento de cáncer con biofosfatos (tales como, pero sin limitarnos a: Zometa, Aredia, Fosamax, Boniva, Acetone), en raras ocasiones podría ocurrir osteonecrosis (falta de flujo sanguíneo en las células del hueso de la mandíbula, causando su muerte, después de una extracción o de una intervención quirúrgica; por tanto, es crítico que informe a mi dentista de toda la medicación y vitaminas que estoy tomando actualmente, o que he tomado. Entiendo que el mantener la boca abierta durante el tratamiento puede causar cierta rigidez y dolor en mi mandíbula y provocar dificultades para abrir bien la boca durante varios días, lo que algunas veces se denomina trismo. Sin embargo, en ocasiones esto puede ser una indicación de algún otro problema. En el caso de que esto ocurra, debo notificar al consultorio dental si experimento trismo persistente o si surge algún otro problema similar. Entiendo que el coágulo de sangre que se forma en la cavidad alveolar puede desintegrarse o desprenderse. Esta afección dolorosa, llamada alveolitis seca, dura una semana o más y es tratada colocando un apósito con medicamento dentro de la cavidad alveolar para ayudar a la cicatrización. Para disminuir las probabilidades de desarrollar una alveolitis, no debo fumar, ingerir líquidos utilizando un popote o pajilla, enjuagarme la boca con agua o enjuague bucal, masticar alimentos en esa área, o alterar la cavidad dejada por el diente durante las primeras 24 a 48 horas. Fumar puede afectar de manera negativa el lugar de la extracción que está en proceso de curación y puede ocasionar "alveolitis seca" (una infección del hueso de las paredes alveolares). Los fumadores tienen un alto riesgo de padecer "alveolitis seca" y la padecen más que los no fumadores. Entiendo que los instrumentos utilizados para extraer un diente pueden accidentalmente romper o dañar dientes adyacentes, lo cual podría requerir de un tratamiento adicional para restaurar su apariencia o función.

Entiendo que los dientes superiores pueden tener raíces que se extienden casi hasta los senos maxilares. Al quitar estos dientes es posible que quede un pequeño orificio temporal hacia dichas áreas. Para prevenir una infección en los senos maxilares y para ayudar a cerrar ese orificio, pudiera ser necesario el uso de antibióticos y tratamientos adicionales. Si ocurriera dicha complicación, entiendo que podría necesitar tratamiento adicional por parte de un médico o de un cirujano maxilofacial. Entiendo que una extracción puede causar una fractura en el hueso circundante. De vez en cuando, el diente a ser extraído puede estar fusionado con el hueso que lo rodea. En ambas situaciones, es necesario aplicar un tratamiento adicional. En el lugar de la extracción pueden aparecer fragmentos de hueso denominados "espículas", que generalmente son fáciles de extraer. Entiendo que pueden quedar fragmentos de diente en el lugar de la extracción después de un tratamiento, debido a la condición y posición del diente(s). En general, esto no causa problemas, pero en raras ocasiones los fragmentos se infectan y deberán ser extraídos. Entiendo que los nervios que controlan la sensación en los dientes, en las encías, la lengua, los labios y el mentón, corren a través del maxilar. Dependiendo del diente a ser extraído (en especial los dientes inferiores, o los terceros molares), de vez en cuando puede ser imposible evitar tocar, mover, estirar, resentir, o cortar un nervio. Esto podría cambiar las sensaciones normales en cualquiera de estas áreas, causando comezón, cosquilleo o ardor, o la pérdida de toda sensación o del gusto. Estos cambios podrían durar varias semanas o varios meses y en algunos casos, indefinidamente.

CONSECUENCIAS DE NO ADMINISTRAR EL TRATAMIENTO, ENTRE OTRAS: Entiendo que si no se administra algún tratamiento, es posible que continúe experimentando dolor y/o infección, deterioro del hueso que rodea los dientes, cambios en mi mordida, molestias en la articulación del maxilar y posiblemente, la pérdida prematura de otros dientes.



TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS SI LA EXTRACCIÓN NO ES LA ÚNICA SOLUCIÓN, ENTRE OTROS: Entiendo que dependiendo de mi diagnóstico, es posible que existan otras alternativas de tratamiento dental. He preguntado a mi dentista sobre estas alternativas y sobre sus costos. Se han respondido a mi satisfacción las preguntas relacionadas con los procedimientos, sus riesgos, beneficios y costos.

PARA TODOS LOS PACIENTES Entiendo que se hará cualquier esfuerzo razonable para asegurar el éxito de mi tratamiento. Entiendo además que cualquier persona y tratamiento son únicos y, por lo tanto, no se me han ofrecido ninguna garantía o certeza de que el tratamiento propuesto vaya a curar o mejorar las condiciones indicadas anteriormente. Entiendo que durante el tratamiento podría ser necesario cambiar o añadir procedimientos, según las condiciones encontradas durante el trabajo en los dientes que no hayan sido detectadas durante el examen. El dentista explicará todos los cambios. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la extracción dental y creo que tengo suficiente información para dar mi consentimiento tal como se refleja a continuación.

CONSENTIMIENTO He sido informado, verbalmente y mediante la información contenida en este formulario, de los riesgos y beneficios, y de las alternativas del tratamiento propuesto. He sido informado, verbalmente y mediante la información contenida en este formulario, de los riesgos y beneficios materiales de tratamientos alternativos y de elegir no tratar mi condición. Confirmando que he leído y entiendo la información descrita, que he entendido las explicaciones al respecto, y que mis preguntas han sido contestadas. Autorizo e instruyo al dentista a hacer lo que piense necesario y aconsejable, bajo las circunstancias. Consiento a someterme al tratamiento. Aunque el tratamiento pueda estar cubierto por mi seguro médico y/o dental, acepto cualquier responsabilidad financiera por este tratamiento y autorizo el tratamiento. Si estoy firmando por un paciente menor de edad, confirmo que soy el padre/madre y/o el tutor legal del niño, o que tengo la autorización de los padres y/o tutores legales del menor (es necesario un formulario de autorización separado). Si estoy firmando por un adulto, confirmo que soy su tutor legal y que estoy autorizado a tomar decisiones médicas y económicas en nombre del paciente.

Firma _____

Fecha _____

Nombre de Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____