

Consentimiento Para La Extracción de Dientes

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para la extracción quirúrgica de los dientes número(s): _____

utilizando anestesia local y cualquier procedimiento quirúrgico adicional relacionado con la(s) extracción(es) que, a juicio profesional del dentista, se consideren necesarios desde el punto de vista diagnóstico o terapéutico para aumentar la probabilidad de éxito. Entiendo que el dentista que realizará la cirugía es un dentista general que limita su práctica a la cirugía oral, y rechazo la derivación a un especialista quirúrgico. Entiendo que si ocurren dificultades inesperadas durante el tratamiento, el médico puede enviarme a un cirujano oral para un tratamiento adicional y soy responsable de los honorarios asociados con ese tratamiento.

Entiendo que la extracción de dientes es un proceso irreversible y, ya sea rutinario o difícil, es un procedimiento quirúrgico con riesgos que incluyen, entre otros:

Hinchazón y/o hematomas y molestias en el área de la cirugía, estiramiento de las comisuras de la boca que resulta en grietas o hematomas, posible infección que requiere tratamiento adicional, alveolitis seca (dolor de mandíbula que comienza unos días después de la cirugía, que generalmente requiere cuidados adicionales, es más común en extracciones inferiores, especialmente muelas del juicio), posible daño a los dientes adyacentes, especialmente aquellos con empastes o coronas grandes, entumecimiento o sensibilidad alterada en los dientes, labio, lengua, mejilla y/o mentón, debido a la proximidad de las raíces de los dientes (especialmente las muelas del juicio) a los nervios que pueden magullarse o lesionarse (la sensibilidad a menudo vuelve a la normalidad, pero en casos raros, la pérdida puede ser permanente), trismo (apertura limitada de la mandíbula debido a la inflamación o hinchazón alrededor de la articulación de la mandíbula), sangrado (el sangrado significativo no es común, pero se puede esperar una supuración persistente durante varias horas), crestas afiladas o astillas de hueso que pueden formarse más tarde en el borde de la cavidad (estas pueden requerir otra cirugía menor para suavizarlas o eliminarlas), extracción incompleta de fragmentos de dientes (para evitar lesiones a estructuras vitales como como nervios o senos paranasales, a veces pequeñas puntas de raíces pueden quedar en su lugar), afectación de los senos paranasales (las raíces de los dientes superiores posteriores suelen estar cerca del espacio lleno de aire llamado seno maxilar. A veces, un trozo de raíz puede desplazarse hacia el seno, o puede producirse una abertura en la boca que puede requerir cuidados adicionales), fractura de mandíbula (aunque es bastante poco común, es posible en dientes difíciles o profundamente impactados) y reacciones alérgicas a medicamentos o anestésicos que puedan usarse.

- Se me ha informado que los riesgos para mi salud si no se realiza este procedimiento pueden incluir, entre otros: dolor y/o infección continuos o en aumento, pérdida de hueso alrededor de los dientes adyacentes que causa su pérdida y mayor riesgo de complicaciones si se pospone la cirugía.

- Reconozco que, si existen métodos alternativos de tratamiento, se han discutido conmigo.

Los beneficios potenciales incluyen, entre otros: el tratamiento del dolor y/o la infección y/o la capacidad de continuar con el tratamiento propuesto.

Al firmar a continuación, certifico que he leído, comprendido y aceptado lo anterior, y que todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. He analizado con mi dentista las alternativas a la(s) extracción(s), incluyendo los riesgos y beneficios. Me comprometo a seguir diligentemente las instrucciones postoperatorias que se me den y a informar a la clínica sobre cualquier reacción imprevista lo antes posible.

Firma del paciente o tutor

Fecha

Firma del testigo

Fecha