

CONSENTIMIENTO PARA LA EXTRACCIÓN DE DIENTES Y ANESTESIA

Página 1 de 5

Nombre del Paciente

Fecha

Por favor inicialize cada párrafo después de su lectura. Si llegara a tener alguna pregunta por favor consulte con su médico ANTES de inicializar y firmar.

Ud. tiene el derecho de ser informado sobre su diagnóstico y operación quirúrgica planeada para que Ud. pueda decidir si desea que se efectúe la operación o no tras conocer los beneficios y riesgos de la misma.

Su diagnóstico es: _____

El tratamiento recomendado es: _____

Los métodos de tratamiento incluyen: _____

La extracción de dientes es un proceso permanente. Ya sea que el procedimiento quirúrgico sea sencillo o complicado no deja de ser un procedimiento quirúrgico. Todas las operaciones tienen ciertos riesgos incluyendo los que a continuación se enumeran y otros no incluidos en esta lista:

- ____ 1. Hinchazón, moretones y dolor.
- ____ 2. Estiramiento de las comisuras de la boca que puede resultar en la posibilidad de fisuras o moretones.
- ____ 3. La posibilidad de infección que requiera tratamiento.
- ____ 4. Alveolitis seca – Aparición de dolor en la mandíbula días después de la operación quirúrgica requiriendo tratamiento posterior.
- ____ 5. Posibles daños a dientes cercanos a los que fueron extraídos, mas comunmente aquellos con grandes inclusiones o moldaduras.
- ____ 6. Adormecimiento, dolor, o cambio de la sensación dental, encías, labios, mentón y/o lengua (incluyendo posible pérdida del sentido del gusto). Esto es causa de la cercanía de las raíces dentales (en particular, asociados con la muela del juicio) a los nervios que han sido lesionados o dañados. Comunmente, el adormecimiento o dolor desaparece, mas en algunas situaciones requeriría tratamiento extra o el dolor podría ser permanente.
- ____ 7. Trismo – Ud. sólo puede abrir la boca parcialmente. Esto es muy común después de la extracción de la muela del juicio. Algunas veces suele ocurrir cuando aparecen problemas de la articulación de la mandíbula (ATM). Es posible que los ligamentos de la articulación de la mandíbula (ATM) se dañen tras haber mantenido la boca abierta de par en par y/o abierta por un extenso período de tiempo. Esto ocurre más comúnmente cuando existen

CONSENTIMIENTO PARA LA EXTRACCIÓN DE DIENTES Y ANESTESIA

Página 2 de 5

signos o síntomas preexistentes. Esta situación podría requerir tratamiento adicional.

- ___ 8. La hemorragia-flujo de sangre es posible durante varias horas, mas la pérdida de gran cantidad de sangre no suele ocurrir a menudo.
- ___ 9. Crestas filosas o esquirlas de huesos podrían formarse posteriormente en el borde de el espacio vacío tras la extracción del diente. Esta situación podría requerir tratamiento posterior para atenuar o eliminar dichas crestas o esquirlas.
- ___ 10. Hay situaciones en las cuales los nervios del diente podrían dejarse para evitar dañar las cosas importantes como los nervios o la cavidad sinusal (una zona hueca situada por encima de los dientes posteriors superiores).
- ___ 11. Las raíces de los dientes posteriores superiores suelen estar situadas cerca de la cavidad sinusal y en ocasiones una parte de la raíz puede internarse en la cavidad sinusal. Es posible que ocurra una apertura desde el seno nasal paranasales en la boca y que por ello, pudiera requerir tratamiento extra.
- ___ 12. Es muy raro que la mandibula se rompa pero esto es posible en casos cuando los dientes se encuentran cubiertos muy profundamente en sus *alvéolos*.
- ___ 13. Cuando substitutos de hueso donados, procesados, o de índole artificial se injertan para preservar el alvéolo dental estas piezas substitutas podrían no unirse correctamente con el hueso de índole natural y por ende perderse.

INFORMACION PARA PACIENTES DE SEXO FEMENINO

- ___ 14. Le indiqué a mi médico que utilizo píldoras anticonceptivas. El médico me indicó que algunos antibióticos y otras medicaciones podrían reducir el efecto preventivo de las píldoras anticonceptivas por lo que existiría la posibilidad de concebir y quedar embarazada. Yo consiento en discutir con mi médico personal usando otras formas anticonceptivas durante mi tratamiento, continuando con estos tratamientos anticonceptivos hasta que el médico indique dejar de utilizarlos y utilizar píldoras anticonceptivas solamente en forma oral.

CONSENTIMIENTO PARA LA EXTRACCIÓN DE DIENTES Y ANESTESIA

Página 3 de 5

ANESTESIA:

ANESTESIA LOCAL: (Novocaína, Lidocaína, etc.) Se administra una inyección para bloquear el dolor en la area de la operación.

OXIDO NITROSO CON ANESTESIA LOCAL: Oxido Nitroso (o gas hilarante) ayuda a disminuir sensaciones desagradables ofreciendo una medida de relajación.

MEDICATION ORAL CON ANESTESIA LOCAL: Se toma una pastilla con la intención de relajar la zona afectada en anticipación a la administración de anestesia local.

SEDATIVO INTRAVENOSO CON ANESTESIA LOCAL: Crea las condiciones para que el paciente sea menos consciente del procedimiento quirúrgico calmándolo, adormeciéndolo, y haciéndolo menos capaz de recordar la operación.

ANESTESIA GENERAL INTRAVENOSA CON ANESTESIA LOCAL: Ud. estará completamente dormido durante la operación.

Tenga en cuenta que sin tomar en cuenta la técnica que elija usar, la administración de medicamentos conlleva ciertos riesgos como lo siguiente:

- ____ 1. Molestia, hinchazón, moretones cuando las drogas se administran en forma intravenosa.
- ____ 2. irritación en las venas, conocida como flebitis, cuando las drogas se administran en forma intravenosa. En ciertas circunstancias esta irritación puede alcanzar niveles de molestia o de incapacidad transitoria haciéndole difícil mover el brazo o la mano. En ciertos casos medicación o otro tipo de tratamiento podría ser necesario.
- ____ 3. Cuando las drogas se administran en forma intravenosa los nervios se sitúan cercanos a los vasos sanguíneos. Si la jeringa toca un nervio o si las drogas o fluido se acumulan alrededor del nervio, Ud. podría experimentar adormecimiento o dolor en el nervio que se sitúa paralelo al brazo. Usualmente adormecimiento o dolor desaparecen, pero en algunos casos, pueden ser permanentes.
- ____ 4. Reacciones alérgicas (antes desconocidas) a cualquier medicación usada.
- ____ 5. Nauseas y vómitos, aunque no comunes, pueden desafortunadamente tener efectos secundarios. Reposo y a veces medicación podrían ser necesarias para aliviar la situación.

CONSENTIMIENTO PARA LA EXTRACCIÓN DE DIENTES Y ANESTESIA

Página 4 de 5

- ___ 6. Sedación consciente y anestesia general son procedimientos médicos serios procedimientos y ya sean suministrados en un hospital u oficina, pueden contener riesgo de daño cerebral, derrame cerebral, ataque cardíaco u ocasionar la muerte..
- ___ 7. En situaciones donde un tubo de oxígeno ha sido usado, Ud. podría experimentar dolor de garganta, ronquera o cambios en la voz.

SUS OBLIGACIONES:

- ___ 8. Debido al anestésico o medicación sedativa administrada (incluyendo premedicación oral) Ud. puede experimentar somnolencia durante cierto tiempo, UD. DEBE venir acompañado por un adulto responsable que lo transporte a y desde la operación, estando con UD. durante varias horas hasta que Ud. se haya recuperado suficientemente para cuidar de usted mismo. A veces los efectos secundarios de las drogas administradas no desaparecen por 24 horas.
- ___ 9. Durante el tiempo de recuperación (normalmente 24 horas), Ud. no debe manejar, operar maquinaria complicada o artefactos o tomar decisiones importantes como firmar documentos, etc.
- ___ 10. Ud. debe tener el estómago completamente vacío. Es vital que Ud. no coma o beba por **seis (6) horas** antes de su tratamiento. HACER ALGO DIFERENTE PODRIA OCASIONAR LA MUERTE.
- ___ 11. **A menos de que reciba otro tipo de instrucciones**, es importante que Ud. tome las medicinas convencionales (alta presión, antibioticos, etc.) u otras medicinas recetadas por el cirujano **usando solamente pequeñas cantidades de agua.**

He leído y comprendido las instrucciones incluídas más arriba y elegido lo siguiente:

- Anestesia local
- Oxido Nitroso /Oxígeno Analgésico con anestesia local
- Medicación oral con anestesia local
- Sedativo intravenoso con anestesia local
- Anestesia general con anestesia local

CONSENTIMIENTO PARA LA EXTRACCIÓN DE DIENTES Y ANESTESIA

Página 5 de 5

CONSENTIMIENTO

Comprendo que mi médico no puede prometer que todo vaya a salir a la perfección. Comprendo que el tratamiento recomendado en las páginas anteriores y otras formas de tratamiento o quizás la falta del mismo son opciones a mi disposición y que los riesgos de estos me han sido explicados claramente. He leído y comprendido la información incluida más arriba y he dado mi consentimiento al cirujano y elegido la utilización de anestesia. He dado mi historia médica en forma completa y verídica, incluyendo todas las medicinas, uso de drogas, embarazo, etc. Certifico que hablo, leo y escribo correctamente el idioma español y que todas mis preguntas han sido respondidas antes de firmar este formulario.

Firma del paciente o firma del tutor legal

Fecha

Firma del médico

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Fecha de la operación

* POR FAVOR RESPONDA LO SIGUIENTE:

A que hora ingirió Ud. su último alimento por boca?

Fecha: ____/____/____ Hora: _____AM/PM

Firma del paciente/guardián/acompañante

Firma del testigo