

DENTAL IMPLANTS/CONSENTIMIENTO PARA IMPLANTES DENTALES

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Las leyes del estado de Washington garantizan que usted tenga tanto el derecho como la obligación de tomar decisiones con respecto a su atención de salud. Su dentista le puede proporcionar la información y consejos necesarios, pero como integrante del equipo de atención de salud usted debe participar en el proceso de tomar de decisiones. Este formulario acusara recibo de su consentimiento para el tratamiento recomendado por su dentista.

1. Solicito y autorizo al Dr. _____ o a sus colegas o asistentes a realizarme la colocación quirúrgica de implantes dentales. Esto ha sido recomendado por mi dentista como una opción para reemplazar mis dientes naturales.

Los implantes dentales son anclajes de metal que se colocan dentro de la mandíbula por debajo de la línea de las encías. Se sujetan pequeños postes a los implantes y los dientes o dentaduras artificiales se fijan a los postes.

La mayoría de los pacientes necesitan dos procedimientos quirúrgicos para instalar los implantes. El primer procedimiento implica la perforación de pequeños orificios en la mandíbula y la colocación de los anclajes. Se puede usar una prótesis dental temporal por algunos meses mientras los anclajes se adhieren a la mandíbula y las encías y el tejido óseo cicatrizan. El segundo procedimiento expone los implantes para permitir la fijación de los postes. Después que los postes estén en su lugar, los dientes de reemplazo se fijan a los postes, en la forma de un puente dental o una prótesis dental removible. Dependiendo del estado de la boca, del injerto óseo o de la regeneración guiada de tejido, también puede ser necesario instalar los anclajes y postes.

Las posibles ventajas de este procedimiento incluyen el reemplazo de los dientes naturales faltantes o prótesis dentales de soporte.

2. He elegido someterme a este procedimiento luego de considerar formas alternativas de tratamiento para mi afección, que incluye no recibir ningún tratamiento, prótesis dentales completas o parciales o puentes fijos o removibles. Cada una de estas formas alternativas de tratamiento tiene sus propias ventajas, riesgos y complicaciones posibles.
3. Doy mi consentimiento para que el personal calificado me administre anestesia u otros

medicamentos antes, durante o después del procedimiento. Entiendo que todos los medicamentos anestésicos o sedantes implican la aislada posibilidad de riesgos o complicaciones, tales como daño a órganos vitales como el cerebro, corazón, los pulmones, el hígado y los riñones: parálisis, paro cardíaco o muerte tanto por causas conocidas como desconocidas.

4. Entiendo que existen posibles riesgos, complicaciones y efectos secundarios asociados con el procedimiento dental. Aunque no es práctico mencionar cada riesgo, complicación o efecto secundario posibles, se me han informado algunos de los riesgos, complicaciones o efectos secundarios posibles de la cirugía de implantes dentales. Estos podrían incluir, entre otros:

- Hemorragia
- Molestias e hinchazón después de la operación
- Infección posoperatoria
- Lesiones o daño de dientes o raíces de dientes adyacentes
- Lesiones o daño a los nervios en la mandíbula inferior, ocasionando un adormecimiento temporal o permanente y un hormigueo del mentón, labios, mejillas, encías o lengua
- Capacidad restringida para abrir la boca debido a la hinchazón y al dolor muscular o al estrés de las articulaciones de la mandíbula (articulación temporomandibular)
- Fractura de la mandíbula
- Pérdida de hueso de la mandíbula
- Penetración a la cavidad sinusal
- Falla mecánica del anclaje, postes o dientes fijados
- Falla del propio implante
- Reacción adversa o alérgica a cualquier medicamento

La mayor parte de estos riesgos, complicaciones y efectos secundarios no son graves o no ocurren frecuentemente. Pero aunque estos riesgos, complicaciones y efectos secundarios pueden ocurrir de forma aislada, a veces sí ocurren y el dentista que realiza el procedimiento no los puede predecir o prevenir. Aunque la mayoría de los procedimientos obtienen buenos resultados, reconozco que no se me ha garantizado nada sobre los resultados de este procedimiento o sobre la presencia de cualquier riesgo, complicación o efecto secundario.

Estos riesgos y complicaciones posibles podrían provocar la necesidad de repetir los procedimientos; retirar los implantes o someterse a tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos, hospitalización o transfusiones de sangre. En casos muy aislados, los riesgos y complicaciones posibles podrían provocar incapacidad permanente o la muerte. Reconozco que en el transcurso del tratamiento, las situaciones imprevistas podrán necesitar tratamientos o procedimientos adicionales. Solicito y autorizo a mi dentista y a otro personal médico calificado a realizar dichos tratamientos o procedimientos a solicitud.

5. Confirmando que he leído o me han leído el contenido de este formulario. He leído (o me han leído) y seguiré las instrucciones para pacientes relacionadas con este procedimiento. Entiendo los riesgos, complicaciones y efectos secundarios posibles relacionados con cualquier tratamiento o procedimiento dental y he decidido continuar con este procedimiento después de considerar la posibilidad de riesgos, complicaciones, efectos secundarios y alternativas para este procedimiento, tanto conocidas como desconocidas. Declaro que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas se han respondido a mi satisfacción.

Firma de la paciente

Fecha

Firma del paciente, padres o tutor

Dentista