

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA ORAL Y ANESTESIA

Nombre del paciente Fecha

**Por favor marque con su inicial cada párrafo luego de leerlo. Si tiene preguntas, por favor consulte con su médico ANTES de marcar con su inicial.**

Tiene derecho a que se le informe su diagnóstico y cirugía planificada de manera que usted pueda decidir si quiere o no someterse a la cirugía luego de conocer los riesgos y beneficios.

Mi diagnóstico es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mi tratamiento planeado es:

Entre los tratamientos alternativos se incluyen:

Toda cirugía conlleva riesgos. Estos incluyen, entre otros:

\_\_\_\_\_1. Hinchazón, hematomas y dolores.

\_\_\_\_\_2. Posibles infecciones que pueden requerir de más tratamiento.

\_\_\_\_\_3. Cambios en la forma de masticar o dificultad al abrir la boca debido a tensiones en la articulación de la mandíbula (DTM o disfunción temporomandibular).

\_\_\_\_\_4. Posibles daños a los dientes cercanos a los extraídos (más comúnmente en aquellos con grandes empastes o coronas), o pueden dañarse otros tejidos de la cara o boca.

\_\_\_\_\_5. Es raro que se fracturen los huesos de la mandíbula, pero puede ocurrir en los casos donde los dientes están hundidos muy profundamente en sus alveolos.

\_\_\_\_\_6. La curación puede tardar más.

\_\_\_\_\_7. El lugar de donde se extrajo el diente puede resultar muy doloroso (alveolo dental seco).

\_\_\_\_\_8. Reacciones a la mediación.

\_\_\_\_\_9. Pueden formarse bordes filosos o astillas de hueso en el lugar de donde se extrajo el diente o sus cercanías. Estos pueden necesitar de otra cirugía para suavizarlos o extraerlos.

\_\_\_\_10. El orificio donde estaba el diente puede necesitar de mayores cuidados, o pueden dejarse pequeñas partes de la raíz del diente para evitar daños a las estructuras importantes tales como nervios o senos maxilares (una cavidad por encima de sus dientes superiors posteriores).

\_\_\_\_11. Los dientes superiores posteriores están generalmente cerca del seno y a veces el diente o una parte del mismo puede entrar al seno y requerir de tratamiento adicional. Puede producirse una abertura del seno hacia la boca que puede requerir de más tratamiento.

\_\_\_\_12. Las raíces de los dientes inferiores pueden estar muy cerca del nervio sensitivo y luego de la cirugía puede sentir dolor o entumecimiento en la barbilla, labios, mejillas, encías, dientes o lengua. Es posible también la pérdida del sentido del gusto. Ésta puede durar semanas o meses o ser permanente.

\_\_\_\_13. Otros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PARA PACIENTES FEMENINOS:**

**\_\_\_\_\_**He informado a mi doctor que utilizo píldoras de control de la natalidad. Se me ha informado que dichas píldoras pueden no tener efecto si las tomo junto con otras medicinas (como antibióticos) y que puedo quedar embarazada. Acepto hablar con mi doctor particular para iniciar otro tipo de control de la natalidad mientras esté bajo tratamiento, y continuar con dicho sistema hasta que mi doctor diga que puedo dejar de hacerlo.

ANESTESIA:

He tenido la oportunidad de hablar con el Dr. Sarna sobre mis opciones para la anestesia. Estas

incluyen anestesia local, analgesia con óxido nitroso/oxígeno y anestesia local, medicación oral con anestesia local, sedante intravenoso, o sedación profunda/anestesia general. Luego de esta charla, he elegido la opción de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para mi anestesia. Entiendo que los riesgos y complicaciones potenciales de la anestesia incluyen:

\_\_\_\_\_14. Malestar, hinchazón o hematomas en el punto donde las drogas ingresan a la vena.

\_\_\_\_\_15. Irritación venosa, llamada flebitis, en el lugar donde las drogas ingresan a la vena. A veces esto puede llegar a un nivel de incomodidad o incapacidad que me dificulte mover mi mano o brazo. A veces es necesario el uso de mediación u otro tratamiento.

\_\_\_\_\_16. Los nervios viajan junto a los vasos sanguíneos por donde las drogas ingresan a la vena. Si la aguja alcanza a un nervio o si las drogas o fluidos se escapan fuera del vaso y alrededor del nervio, esto puede resultar en entumecimiento o dolor en el nervio donde éste corre por el brazo. Generalmente el entumecimiento o dolor desaparece, pero en raras ocasiones puede ser permanente.

\_\_\_\_\_17. Reacciones alérgicas (desconocidas con anterioridad) a cualquiera de los medicamentos utilizados.

\_\_\_\_\_18. Náusea y vómitos, si bien no es algo común, son efectos secundarios desafortunados pero posibles. Puede necesitarse reposo en cama, y a veces medicamentos, para aliviar la condición.

\_\_\_\_ 19. La sedación consciente y la sedación profunda/anestesia general son procedimientos médicos serios y, ya sea que se apliquen en un hospital o consultorio particular, conllevan el riesgo de daños cerebrales, apoplejías, ataques cardíacos o muerte.

\_\_\_\_ 20. Las situaciones en las que se deba utilizar un tubo de respiración pueden resulta en una garganta irritada, disfonía o cambio del tono de voz.

CONSENTIMIENTO:

Entiendo que mi doctor no puede prometerme que todo saldrá perfecto. Entiendo que el tratamiento indicado más arriba y otras formas de tratamiento, o ningún tratamiento son opciones que yo tengo. He leído y comprendido el texto anterior y doy mi consentimiento para la cirugía y anestesia elegida. He brindado un historial médico completo y veraz, incluyendo todos los medicamentos, uso de drogas, embarazos, etc. Certifico que hablo, leo y escribo en español. Todas mis preguntas han sido respondidas antes de la firma de este formulario.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente o tutor legal Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del doctor Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del testigo Fecha