

# Formulario de consentimiento para implante dental

Patient Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Chart Number \_\_\_\_\_

Me han informado cabalmente sobre la naturaleza de los implantes y de la cirugía de implante, los riesgos terapéuticos y los tratamientos alternativos a los implantes dentales; al rubricar mis iniciales y firmar al pie, acepto el tratamiento propuesto y sus consecuencias.

Sitios de implante: \_\_\_\_\_

**1. Acuse de recibo de información**

Las leyes estatales exigen que usted reciba cierta información y que nosotros obtengamos su consentimiento antes de comenzar cualquier tratamiento. Lo que se le solicita es que firme una confirmación que indique que hemos conversado sobre la naturaleza y el propósito del tratamiento, los riesgos conocidos asociados al mismo y los tratamientos alternativos posibles. Usted ha tenido la oportunidad de formular preguntas y todas sus preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.

**2. Consentimiento para implante dental**

Por medio de la presente, autorizo e imparto instrucción al cirujano, cuyo nombre aparece a continuación, con los empleados o asistentes de su elección, para realizarme la cirugía para insertar el/los implante(s) dental(es) en mi mandíbula superior y/o inferior.

**3. Naturaleza y propósito del procedimiento**

Entiendo que se realizará una incisión, o incisiones, dentro de mi boca con el propósito de ubicar una o más estructuras de metal en mi(s) mandíbula(s) para que funcione(n) como sostén de uno o varios dientes faltantes o para estabilizar una corona, dentadura postiza o puente. Reconozco que el cirujano, cuyo nombre aparece a continuación, me ha explicado los procedimientos en detalle, incluyendo la cantidad y sitio de las incisiones que me realizará. Entiendo que un dentista general o especialista acordado unirá la corona, dentadura postiza o puente a este implante, y que el costo de dicho trabajo será de mi entera responsabilidad. También entiendo que será necesario un segundo procedimiento quirúrgico para descubrir la parte superior del implante y, que durante las primeras dos semanas después de la cirugía inicial, no se podrá usar ninguna dentadura postiza sobre los lugares donde se practicó la cirugía sin el consentimiento del cirujano. Asimismo, también entiendo que el proceso curativo durará aproximadamente 3 meses, durante los cuales no podré utilizar el sitio o los sitios de implante.

Finalmente, he recibido material informativo, información sobre la anestesia, instrucciones pre y posoperatorias e información sobre la dieta.

**4. Alternativas al implante dental**

Las alternativas al uso de un implante dental, incluyendo no realizarse ningún tratamiento, la construcción de una nueva prótesis dental, el aumento de la mandíbula superior o inferior por medio de una vestibuloplastía, el injerto de piel y hueso o con materiales sintéticos y el implante de otro tipo de dispositivo me fueron explicados, así como las ventajas y desventajas de cada procedimiento, y elijo seguir adelante con la inserción del (de los) implante(s) dental(es).

**5. Autorización de tratamiento complementario**

También autorizo e imparto instrucción al cirujano, cuyo nombre aparece a continuación, con los empleados o asistentes de su elección, a brindar dichos servicios adicionales siempre que lo considere razonable y necesario incluyendo, pero sin limitarse a la administración de agentes anestésicos, la realización de procedimientos de laboratorio, radiológicos (rayos x) y otros procedimientos de diagnóstico; la administración de medicamentos por vía oral, mediante inyección, infusión o mediante otra vía de administración médicamente aceptada; el retiro de hueso, tejidos y fluidos para propósitos de diagnóstico y terapéutica, y la retención de los desechos de los mismos, de acuerdo con las prácticas usuales.

**6. Autorización para tratamiento suplementario**

Si surgiera cualquier situación inesperada durante el transcurso del tratamiento que implique la realización de procedimientos adicionales a, o diferentes de, los que se contemplan en este momento, y estoy bajo efectos de la anestesia general o sedación, autorizo e imparto instrucción al cirujano, cuyo nombre aparece a continuación, con los empleados o asistentes de su elección, a hacer cualquier cosa que él considere necesario y aconsejable, de acuerdo con las circunstancias.

**7. No hay garantía con respecto a los resultados del tratamiento**

Entiendo que no hay manera de predecir con precisión las capacidades curativas de ningún paciente en particular que se someta a un procedimiento para colocar un implante, y que las complicaciones ocurren, y confirmo que ni el cirujano, cuyo nombre aparece a continuación, ni otra persona me ha dado garantía alguna ni seguridad sobre los resultados que se obtengan a partir del tratamiento. En caso de fallo del implante, no habrá reembolso de honorarios.

**8. Complicaciones quirúrgicas**

Tales posibilidades incluyen, pero no están limitadas a infecciones, decoloración del tejido (hematoma), alteración del gusto y/o adormecimiento, hormigueo, mayor sensibilidad en los labios, lengua, mentón, mejilla o diente, que durará un período indefinido de tiempo y puede ser permanente. Otras posibilidades son lesiones del diente, si estuviera presente, pérdida de hueso, fracturas de hueso, penetración nasal o sinusal (para los implantes ubicados en la mandíbula superior), dolor crónico, sangrado y menor habilidad para abrir la boca. También me han informado que cualquier procedimiento que sea realizado fuera de la boca dejará una cicatriz en la piel y que, a pesar de que se prevé un buen resultado cosmético, el mismo no puede ser garantizado.

Asimismo, entiendo que cualquiera de estas complicaciones de tratamiento pueden requerir tratamientos médicos, odontológicos o quirúrgicos adicionales; que es posible que se deban alambrar mis dientes o mandíbulas, y pueden precisar un período adicional de recuperación en casa o incluso en el hospital.

Finalmente, me han informado que este tratamiento podría no ser exitoso, que podrían surgir problemas durante el procedimiento que podrían impedir la colocación del implante y que el rechazo del implante es una posibilidad que haría necesaria su remoción en cualquier momento posterior a su colocación. Si esto sucediera, entiendo que es posible colocar otro(s) implante(s) luego de un adecuado período de curación y que se cobrarán honorarios por este procedimiento.

**9. Complicaciones por drogas y anestésicos**

Si se utilizan medicamentos intravenosos, puede haber irritación o daños en la vena en la que se inyecta el anestésico. Entiendo que hay ciertos riesgos relacionados con las drogas y los anestésicos que podrían implicar lesiones corporales serias, y que son inherentes a cualquier procedimiento que requiera su uso.

**10. Riesgos asociados a la falta de tratamiento**

Entiendo que si yo no llevara adelante este procedimiento de implante(s), una o más de las siguientes cosas podrían suceder: disolución más rápida de la estructura ósea de la mandíbula, mayor dificultad para utilizar dentaduras postizas convencionales, mayor pérdida del soporte óseo del rostro, labios y mejillas, mayor dificultad para masticar, adormecimiento por dolor y fractura de un hueso maxilar muy delgado.

**11. Importancia del cumplimiento por parte del paciente**

Acepto y entiendo que el grado de éxito de cualquier tratamiento odontológico está irectamente relacionado con mi cooperación y que, si no coopero tal y como me lo requirieron e instruyeron, puedo sufrir una lesión temporal o permanente de mi salud general y odontológica y del trabajo odontológico realizado por mi dentista.

Entiendo que el éxito de los implantes dentales depende, en gran medida, de mi mantenimiento y de la meticulosidad de la higiene bucal en toda mi boca, y especialmente alrededor de los implantes y donde los mismos atraviesan las encías.

Entiendo que fumar, tomar bebidas alcohólicas y una dieta inapropiada pueden afectar la curación del hueso y de la encía, y pueden limitar el éxito del implante. Acepto seguir todos los cuidados en mi hogar y cumplir con las instrucciones relacionadas con la dieta que me fueron indicadas.

Acepto regresar a intervalos regulares de tiempo, de acuerdo con lo especificado por el médico, para que el médico o el especialista en higiene bucal me realicen una inspección de la boca y una limpieza de los implantes, y realicen los servicios odontológicos que sean necesarios para mantener mi salud bucal. Esto implicará cuidados regulares y a largo plazo para hacer un seguimiento durante la vida del implante.

Acepto informar inmediatamente cualquier evidencia de dolor, hinchazón o inflamación alrededor de mi(s) implante(s) y programar una cita odontológica si fuera necesario. Se cobrará un honorario razonable por cada una de estas visitas a partir del año luego de la colocación del implante.

Si soy sedado, acepto no comer ni beber nada durante las 6 horas anteriores a mi cirugía/ anestesia. Los medicamentos, drogas, anestésicos y medicamentos de venta bajo receta pueden causar mareos y falta de conciencia y coordinación, lo cual se incrementará por el uso de alcohol u otras drogas. En consecuencia, me han recomendado no operar ningún vehículo, automóvil, dispositivos peligrosos ni trabajar mientras se están tomando dichos medicamentos y/o drogas, o hasta que esté completamente recuperado de sus efectos.

Entiendo y acepto no operar ningún vehículo ni dispositivo peligroso durante un plazo mínimo de 24 horas después de mi salida de cirugía, o hasta que esté completamente recuperado de los efectos de los medicamentos anestésicos o de las drogas que me hayan suministrado en la oficina o en el hospital para mi cuidado. Acepto que no conduciré para ir a mi hogar luego de la cirugía y que un adulto responsable me llevará o me acompañará a mi casa después de mi alta de cirugía. La falta de cumplimiento de estas instrucciones puede suponer un riesgo a la vida.

12. Por la presente, certifico que el cirujano es un contratista independiente de Dental Group y que este Consentimiento de implante y la facturación asociada con los servicios del cirujano se hacen como atención al cirujano contratista independiente.

Por la presente, afirmo que he leído y entendido cabalmente este formulario de consentimiento, que me han dado la oportunidad de formular toda pregunta que pudiera haber tenido, y que dichas preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción. También entiendo que tengo la libertad de retirar mi consentimiento para el tratamiento en cualquier momento.

**Al firmar a continuación, confirmo que he marcado las casillas que aparecen arriba y que al hacerlo confirmo que he leído las secciones que anteceden y que comprendo el tratamiento que se realizará, así como sus riesgos, beneficios y alternativas, y doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento descrito.**

Patient Full Name (Print) \_\_\_\_\_

Patient Signature \_\_\_\_\_

Oral Surgeon Signature \_\_\_\_\_