

Chart # _____



For Treatment Plan Dated: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFILAXIS, LIMPIEZA DE SARRO SUPERFICIAL Y PROFUNDA

Éste es mi consentimiento para que _____ realice el siguiente tratamiento / procedimiento: _____

Comprendo que el objetivo de este procedimiento es tratar y posiblemente corregir una enfermedad de los tejidos orales/maxilofaciales. Me informaron que si esta afección continúa sin el tratamiento, mi afección oral actual probablemente empeorará con el tiempo y los riesgos para mi salud pueden incluir, entre otros, los siguientes: hinchazón, dolor, infección, formación de quistes, maloclusión, pérdida dentaria prematura y/o pérdida ósea prematura. Me informaron sobre los posibles métodos alternativos de tratamiento, en el caso de que exista alguno.

El médico me explicó que existen ciertos riesgos posibles e inherentes a cualquier tratamiento o procedimiento (entre los que se incluye la administración de cualquier anestésico local que sea necesario), que incluyen, entre otros:

- A. Molestia e hinchazón posoperatorios que pueden persistir durante varios días.
- B. Estiramiento de las comisuras de los labios con consecuentes agrietamientos y hematomas.
- C. Lesión del nervio subyacente al diente, lo cual produce entumecimiento o cosquilleo de labios, mentón, encías, mejillas, dientes y/o lengua en el lado operado; esto puede persistir durante varios días, semanas, meses o, en algunos casos, puede ser permanente.
- D. Hinchazón, hematomas y sangrado del tejido gingival.
- E. Contracción del tejido gingival.
- F. Sensibilidad en los dientes.
- G. Dientes flojos.
- H. Fractura de empastes y porcelanas de coronas anteriores.
- I. Exposición de los bordes de coronas o fundas anteriores.

No me garantizaron ni aseguraron que el tratamiento propuesto vaya a ser curativo y/o que me resulte totalmente satisfactorio. Debido a las diferencias particulares entre pacientes, existe el riesgo de fracaso, recaída, retracción selectiva o empeoramiento de mi afección actual, a pesar de la atención recibida. No obstante, el médico opina que el tratamiento sería útil y que, sin el tratamiento recomendado, el empeoramiento de mi afección se produciría antes que con el tratamiento.

Entiendo que la limpieza de sarro profunda es sólo el primer paso del tratamiento periodontal (de las encías) y que más adelante el médico reevaluará el estado de mis encías para determinar si es necesario indicar otro tratamiento para que lo realice el médico o un periodoncista (especialista en encías) al que me derive.

CERTIFICO QUE TUVE LA POSIBILIDAD DE LEER Y ENTENDER COMPLETAMENTE LOS TÉRMINOS Y PALABRAS INCLUIDOS EN EL CONSENTIMIENTO DESCRITO PARA EL PROCEDIMIENTO Y LA EXPLICACIÓN DADA O A LA QUE SE HIZO REFERENCIA Y QUE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO O DECLARACIONES PARA COMPLETAR FUERON COMPLETADOS Y QUE LOS PÁRRAFOS QUE NO CORRESPONDÍAN, EN EL CASO DE QUE LOS HUBIERA, FUERON TACHADOS ANTES DE QUE FIRMARA. TAMBIÉN DECLARO QUE LEO Y ESCRIBO ESPAÑOL.

Paciente o padre/madre

Médico

Testigo

Fecha