Este formulario y su conversación con el médico tienen como objetivo ayudarlo a tomar una decisión informada sobre su procedimiento. Como miembro del equipo de tratamiento, se le ha informado su diagnóstico, el procedimiento planificado, los riesgos, los beneficios y las alternativas asociadas con el procedimiento y todo costo relacionado. Para aumentar las posibilidades de lograr resultados óptimos, usted ha suministrado una historia clínica completa y precisa, en la que se incluyen todas las afecciones dentales y médicas pasadas y presentes, medicamentos recetados y sin receta, toda alergia, uso de drogas recreativas y embarazo (si aplica). El médico estará dispuesto a responder cualquier pregunta que pueda tener y le dará información adicional antes de decidir si firma este documento y continúa con el procedimiento.

Diagnóstico:

Procedimiento:

Cantidad de piezas dentales:

Opciones alternativas:

1. Me han informado y comprendo los riesgos potenciales relacionados con este procedimiento, que incluyen, pero no se limitan a los siguientes:
   * Duración y grado variado de sensibilidad, sangrado, infección, irritación de las encías, riesgo de fractura dental, traumatismo que cause necesidad de realizar tratamiento de conducto en el futuro, agrietamiento o estiramiento de las comisuras de los labios, tensión en la mandíbula (trastorno temporomandibular), cambios en la mordida, posible rotura/desplazamiento/falta de unión del material, cambio en el aspecto estético de los dientes, reacciones alérgicas o adversas a los medicamentos o materiales.
   * **(Enumerar los riesgos específicos del procedimiento)**
2. He elegido proceder con las anestesias indicadas a continuación.

Ninguna

Anestesia local

Óxido nitroso (gas hilarante)

Para una sedación/anestesia general leve (ansiólisis/“reducción de ansiedad”), moderada (semi-consciente/crepuscular) o profunda, firme el Consentimiento informado anticipado para anestesia que se adjunta

Me han informado y comprendo los riesgos potenciales asociados con la anestesia, que incluyen, pero no se limitan a los siguientes:

* + Reacciones alérgicas o adversas a medicamentos o materiales; dolor en el sitio de inyección de la anestesia; hematomas/hinchazón; lesiones nerviosas; náuseas; vómitos; desorientación; confusión; falta de coordinación; somnolencia; complicaciones cardíacas y respiratorias; entumecimiento tras la anestesia que, en casos muy poco frecuentes, puede ser permanente; sobredosis.

1. Se me ha informado y comprendo que es posible que puedan ser necesarias visitas de seguimiento o cuidado, evaluación o tratamiento adicionales.
2. Responsabilidades del paciente

Comprendo que el uso de tabaco y alcohol es perjudicial para el éxito de mi tratamiento.

Acepto seguir todas las instrucciones que me indican en este consultorio antes y después del procedimiento, tomar los medicamentos según la receta, practicar una higiene oral correcta, cumplir con todas las citas, hacer citas para consulta si surgen complicaciones y completar los cuidados necesarios. Informaré a mi médico todo problema postquirúrgico en el momento en que surja. Mi incumplimiento puede causar complicaciones o resultados inferiores a los óptimos.

Comprendo y acepto que el médico no puede garantizar los resultados del procedimiento. He tenido tiempo suficiente para leer este documento, comprendo las declaraciones precedentes y he tenido la oportunidad de que se respondan todas mis preguntas. Al firmar este documento, reconozco y acepto los riesgos y las complicaciones posibles del procedimiento y acepto proceder con él.

Firma del paciente o representante legal Fecha

Nombre del paciente o representante legal, en letra de imprenta/Relación

Firma del testigo (opcional) Fecha

Certifico que he explicado al paciente o al representante legal del paciente la naturaleza, el objetivo, los beneficios, los riesgos conocidos, las complicaciones y las alternativas del procedimiento propuesto. El paciente o el representante legal del paciente expresaron su comprensión de la información dada. He respondido todas las preguntas con mi mejor conocimiento y entender, y considero que el paciente o el representante legal comprenden completamente lo que he explicado.

Firma del médico Fecha