

CONSENTIMIENTO INFORMADO para INJERTO ÓSEO
Rev. 03/2018

INFORMACIÓN A CONSIDERAR

He sido informado de que varias zonas de mi boca necesitan someterse a un injerto óseo. También se me ha explicado que este procedimiento puede conllevar el uso de injertos óseos fabricados comercialmente usando fuentes óseas humanas o animales. El material óseo puede ser usado en bloque, en una zona más amplia, o en forma particular en zonas más pequeñas. Confirmando que he tenido la oportunidad de conversar acerca de estas opciones y, a mi elección, con mi dentista, antes de prestar el consentimiento para este tratamiento, procedimiento o cirugía.

HUESO (CONGELADOS, LIOFILIZADOS, DESMINERALIZADOS, XENOGRAFOS) O SUSTITUTOS DE HUESO

En ocasiones se utiliza un hueso adicional donado, procesado o generado de substitutos artificiales para complementar el hueso del paciente, o para evitar realizar un procedimiento extenso de cultivo de injertos. Si se usan dichos materiales podrían otros riesgos incluyendo, pero sin limitarse a:

- Rechazo al material donado o fabricado artificialmente.
- Remota posibilidad de transmisión de una enfermedad viral o bacteriana del hueso procesado.

Entiendo que en el procedimiento del injerto, estamos usando hueso procesado congelado.

Reconozco y declaro que no tengo ninguna objeción con respecto a la fuente o al origen del material de injerto óseo, ya sea humano, animal o artificial. En nuestro consultorio utilizamos hueso procesado congelado.

BENEFICIOS DE LOS INJERTOS ÓSEOS Y/O CIRUGÍA REGENERATIVA, ENTRE OTROS:

El objetivo de los injertos óseos y/o de la cirugía regenerativa es el de lograr que el hueso vuelva a “crecer” (para la longevidad del diente), o permitir posiblemente la colocación de un implante dental, ya sea durante esta misma cirugía o en una fecha posterior. Por otro lado, el propósito de esta cirugía puede ser el de contribuir a crear una cresta alveolar restaurable, para mejorar la estética y la función en el lugar donde irá una pieza dental de reemplazo (artificial) como parte de un puente dental.

RIESGOS DE LOS INJERTOS ÓSEOS Y/O CIRUGÍA REGENERATIVA, ENTRE OTROS:

Además de los riesgos del procedimiento quirúrgico inicial que se me han explicado por separado, entiendo que el injerto óseo conlleva ciertos riesgos específicos.

Entiendo que la cirugía puede ocasionar los siguientes síntomas posoperatorios: sangrado, inflamación, infección, cicatrices, dolor y descoloración facial. Podría haber alergias u otras reacciones adversas a los

16160 Monterey Road, Morgan Hill, CA 95037

☎ (408) 782-6568

☎ (888) 503-6560

✉ info@stDental.com

🌐 www.stDental.com

medicamentos y materiales utilizados durante o después del procedimiento. Podría haber rechazo de partículas óseas de la parte donante o en el lugar del implante después de la cirugía, rechazo del injerto óseo y dolor o molestias por tiempo prolongado en el área del implante, lo cual pudiera interferir con el movimiento y la actividad. Entiendo que puedo ver cambios en el aspecto de mis encías. También entiendo que puede ser necesario un segundo procedimiento si la cirugía inicial no es completamente exitosa.

Entiendo que recibiré un anestésico local mediante una inyección y/u otras medicaciones. Entiendo que podría presentarse un adormecimiento de los dientes, labios, lengua y tejido colindante (parestesia) después de las inyecciones. En raras ocasiones, los pacientes pueden sufrir una reacción fuerte e impredecible al anestésico, lo cual puede requerir atención médica de emergencia. La medicación puede afectar la capacidad de controlar la deglución. Esto aumenta las probabilidades de ingerir objetos extraños durante el tratamiento. *Dependiendo de la anestesia y de los medicamentos administrados, es posible que necesite que un conductor designado me lleve en automóvil hasta mi casa. Rara vez, como resultado de una inyección, puede haber una lesión nerviosa, temporal o permanente, que derive en la pérdida de sensibilidad en el mentón, los labios, las encías, la lengua y en una pérdida parcial del sentido del gusto.*

Entiendo que el mantener la boca abierta durante el tratamiento puede causar cierta rigidez y dolor en mi mandíbula y provocar dificultades para abrir bien la boca durante varios días, lo que algunas veces se denomina trismo. Sin embargo, en ocasiones esto puede ser una indicación de algún otro problema. En el caso de que esto ocurra, debo notificar al consultorio dental si experimento trismo persistente o si surge algún otro problema similar.

Entiendo que toda la medicación en esta clínica dental tiene el potencial de producir riesgos, efectos secundarios y reacciones adversas. Pueden causar enrojecimiento e inflamación de los tejidos, dolor, picor, vómitos y/o choque anafiláctico. Confirmando que, según entiendo, se me ha facilitado un informe acertado de mi historial de salud mental y física. También he informado de cualquier alergia o reacción inusual a medicamentos, alimentos, picaduras de insectos, anestesia, polen, polvo, enfermedades corporales o de la sangre, reacciones en piel o encías, sangrado anormal o cualquier otra condición previa relacionada con mi salud.

Entiendo que el hecho de fumar y/o masticar tabaco y/o consumir alcohol puede afectar las posibilidades de que las encías y/o los huesos me cicatricen normalmente y limitar el potencial de un resultado satisfactorio de mi cirugía. Fumar puede afectar de manera negativa el lugar de la extracción que está en proceso de curación y puede ocasionar "alveolitis seca" (una infección del hueso de las paredes alveolares). Los fumadores tienen un alto riesgo de padecer "alveolitis seca" y la padecen más que los no fumadores. Estoy de acuerdo en seguir las instrucciones de mi dentista en lo que se refiere al cuidado diario de mi boca, dentadura y encías.

16160 Monterey Road, Morgan Hill, CA 95037

☎ (408) 782-6568

☎ (888) 503-6560

✉ info@stDental.com

🌐 www.stDental.com

Entiendo que si he tomado, o estoy tomando, medicación para la osteoporosis o estoy en tratamiento de cáncer con biofosfatos (tales como, pero sin limitarnos a: Zometa, Aredia, Fosamax, Boniva, Acetone), en raras ocasiones podría ocurrir osteonecrosis (falta de flujo sanguíneo en las células del hueso de la mandíbula, causando su muerte, después de una extracción o de una intervención quirúrgica; por tanto, es crítico que informe a mi dentista de toda la medicación y vitaminas que estoy tomando actualmente, o que he tomado.

ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO SUGERIDO:

Entiendo que las alternativas al injerto óseo incluyen no recibir tratamiento,

PARA TODOS LOS PACIENTES

Entiendo que se hará cualquier esfuerzo razonable para asegurar el éxito de mi tratamiento. Entiendo además que cualquier persona y tratamiento son únicos y, por lo tanto, no se me han ofrecido ninguna garantía o certeza de que el tratamiento propuesto vaya a curar o mejorar las condiciones indicadas anteriormente.

Entiendo que durante el tratamiento podría ser necesario cambiar o añadir procedimientos, según las condiciones encontradas durante el trabajo en los dientes que no hayan sido detectadas durante el examen. El dentista explicará todos los cambios.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca del injerto óseo y creo que tengo suficiente información para dar mi consentimiento tal como se refleja a continuación.

CONSENTIMIENTO

He sido informado, verbalmente y mediante la información contenida en este formulario, de los riesgos y beneficios, y de las alternativas del tratamiento propuesto. He sido informado, verbalmente y mediante la información contenida en este formulario, de los riesgos y beneficios materiales de tratamientos alternativos y de elegir no tratar mi condición. Confirmando que he leído y entiendo la información descrita, que he entendido las explicaciones al respecto, y que mis preguntas han sido contestadas. Autorizo e instruyo al dentista a hacer lo que piense necesario y aconsejable, bajo las circunstancias. Consiento a someterme al tratamiento. Aunque el tratamiento pueda estar cubierto por mi seguro médico y/o dental, acepto cualquier responsabilidad financiera por este tratamiento y autorizar el tratamiento.

Si estoy firmando por un paciente menor de edad, confirmo que soy el padre/madre y/o el tutor legal del niño, o que tengo la autorización de los padres y/o tutores legales del menor (es necesario un formulario de autorización separado). Si estoy firmando por un adulto, confirmo que soy su tutor legal y que estoy autorizado a tomar decisiones médicas y económicas en nombre del paciente.