

CONSENTIMIENTO INFORMADO para FRENECTOMÍA
Rev. 03/2018

DIAGNÓSTICO:

Tras un examen oral cuidadoso y un estudio de mi condición dental, el dentista ha observado que tengo “frenillo”, lo cual pudiera afectar mi salud dental y la estabilidad de mis dientes. Entiendo que con esta condición pudieran ocurrir problemas en las encías o movimiento recurrente de los dientes. En algunos casos, el frenillo podría interferir con la habilidad de hablar, con la apariencia física o con la función de la dentadura.

TRATAMIENTO RECOMENDADO:

El dentista recomienda que para poder tratar esta condición se deberá realizar una frenectomía (extracción del frenillo), en el área de la boca, asociada con estos tejidos. Entiendo que como parte del tratamiento se me administrará anestesia local. Este procedimiento quirúrgico conlleva remover una porción de tejido delgado de la boca. Para llevar a cabo el procedimiento pudiera utilizarse rayo láser o hacer uso del bisturí. También se utilizaran suturas, adhesivos o vendajes periodontales.

BENEFICIOS ESPERADOS:

El propósito de la frenectomía es reducir la probabilidad de que exista movimiento recurrente de los dientes, recesión del tejido, problemas en la pronunciación, problemas estéticos y funcionales. Para alcanzar el objetivo deseado, deberá llevarse a cabo una revisión del tejido de los dientes contiguos, el contorno de la encía y su posición y la papila dental (tejido entre los dientes). También, a veces podrá ocurrir decoloración temporal o permanente en los tejidos.

PRINCIPALES RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Entiendo que algunos pacientes no responden positivamente al procedimiento de la frenectomía. En algunos casos, el intento de remover el frenillo pudiera no tener éxito o este pudiera volver a unirse. En estos casos, se hará necesaria la repetición del procedimiento.

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 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 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 con el procedimiento de frenectomía o la aplicación del anestésico pudieran surgir algunas complicaciones. Estas complicaciones incluyen, entre otras: (1) infecciones post-operatorias, (2) sangrado, inflamación y dolor; (3) decoloración facial; (4) sensibilidad al calor, al frío, a alimentos dulces o ácidos pudiendo ser temporal o permanente, (5) reacciones alérgicas, (6) adormecimiento temporal o permanente de los labios, dientes o de algunos tejidos y (7) deglución accidental de un cuerpo extraño. La duración exacta de cualquier complicación no puede ser determinada y podría ser irreversible.

No existe ningún método que pueda predecir o evaluar con exactitud como sanará la encía y el hueso subyacente. También entiendo que puede ser necesario un segundo procedimiento si la cirugía inicial no es satisfactoria. Además, el éxito de una frenectomía pudiera verse afectado por (1) condiciones médica, (2) problemas de nutrición, (3) fumar, (4) ingerir bebidas alcohólicas, (5) bruxismo o rechinar de dientes, (6) una higiene oral inadecuada, (7) una alteración física (debida a deportes de contacto) y (8) medicamentos que yo pudiera estar ingiriendo. He reportado al dentista cualquier reacción anterior que haya experimentado con el uso de medicamentos, tal como: alergias, enfermedades, síntomas, hábitos o condiciones que pudieran de alguna manera estar relacionadas con este procedimiento quirúrgico. Entiendo que para el éxito final del procedimiento es muy importante proporcionar un cuidado personal diario adecuado, recomendado por el dentista y tomar todos los medicamentos prescritos.

ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO SUGERIDO:

El dentista me ha explicado las alternativas para el problema del frenillo. Éstas incluyen el no tratarlo y continuar monitoreando los cambios progresivos en el tejido, problemas del habla, inquietudes en cuanto a la apariencia estética, alteración funcional o movimiento de los dientes.

16160 Monterey Road, Morgan Hill, CA 95037

☎ (408) 782-6568

☎ (888) 503-6560

✉ info@stDental.com

🌐 www.stDental.com

SEGUIMIENTO Y CUIDADOS NECESARIOS:

Entiendo que es importante continuar visitando al dentista para el cuidado dental regular. Los factores importantes para el éxito o fracaso del tratamiento quirúrgico pudieran ser: tratamientos restauradores existentes, mantenimiento de la higiene oral y tratamiento de ortodoncia.

Reconozco que mis dientes naturales y sus reemplazos artificiales deberán mantenerse limpios higiénicamente a diario. Asistiré a las citas de seguimiento después de la cirugía, para que el monitoreo del periodo de cicatrización y el dentista pueda evaluar y reportar los resultados al terminar este proceso. El fumar o ingerir bebidas alcohólicas podría afectar adversamente la cicatrización de la encía y limitar el éxito de la cirugía. Sé que es importante (1) acatar las órdenes específicas de medicamentos e instrucciones dadas por el dentista y (2) visitar al dentista para exámenes periódicos y tratamientos preventivos. El mantenimiento dental también pudiera incluir ajustes de los dispositivos protésicos.

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 sobre la frenectomía 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 autorizo el tratamiento.

Si estoy firmando por un paciente menor de edad, confirmo que soy el padre/madre y/o el tutor legal del

16160 Monterey Road, Morgan Hill, CA 95037

☎ (408) 782-6568

☎ (888) 503-6560

✉ info@stDental.com

🌐 www.stDental.com



Family • Cosmetic • Sedation • Invisalign

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.

16160 Monterey Road, Morgan Hill, CA 95037

☎ (408) 782-6568 ☎ (888) 503-6560

✉ info@stDental.com 🌐 www.stDental.com