

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL MEDICAMENTO BISOFOSFONATO
Rev. 07/2019

Habiendo sido tratado previamente con el medicamento bisofosfonato, debería saber que hay un riesgo de que haya futuras complicaciones asociadas con el tratamiento dental. El bisofosfonato parece afectar adversamente el flujo sanguíneo hacia el hueso, reduciendo o eliminando así su capacidad de curación. Este riesgo aumenta después de la cirugía, especialmente después de una extracción; de la colocación de un implante, o de cualquier otro procedimiento invasivo que pueda causar trauma al hueso. Osteonecrosis podría resultar. Este es un proceso destructivo a largo plazo del hueso de la mandíbula, a menudo difícil de eliminar.

Estudios han demostrado que el riesgo es más bajo para aquellos que tomen medicamentos oralmente.

1. Acepto y entiendo que podría usarse terapia con antibióticos para ayudar a controlar posibles infecciones posoperatorias. Para algunos pacientes esta terapia podría causar reacciones alérgicas o efectos secundarios indeseables, como molestias estomacales, diarrea, colitis, etc.
2. Acepto y entiendo que, a pesar de todas las precauciones tomadas, podría haber curación lenta, osteonecrosis, pérdida de tejidos óseos y blandos, fractura patológica de la mandíbula, fístula oral-cutánea u otras complicaciones importantes.
3. Acepto y entiendo que incluso si no hubieran complicaciones inmediatas del tratamiento dental propuesto, el área siempre podría sufrir una ruptura e infección espontáneas debido a la mala condición del flujo sanguíneo del hueso.
4. Acepto y entiendo que podría ser necesario un control posoperatorio a largo plazo y es importante mi cooperación, manteniendo las citas programadas. Los chequeos dentales regulares y frecuentes con su dentista son importantes para controlar e intentar prevenir su salud oral se deteriore.
5. Acepto y entiendo que, si no se hiciera nada, cualquiera de lo siguiente, entre otros supuestos, podría ocurrir: *Enfermedad ósea; Pérdida de hueso; inflamación de las encías; infección; sensibilidad; aflojamiento de los dientes, seguido por la evolución del diente; problemas con la articulación temporomandibular; dolores de cabeza; dolores en la nuca y en los músculos faciales; o, músculos cansados al masticar.*
6. He leído los párrafos anteriores y entiendo los posibles riesgos de someterme a mi tratamiento planeado. Entiendo y acepto someterme al plan de tratamiento.
7. Entiendo la importancia de mi historial médico y afirmo que he facilitado toda la información que podría afectar mi tratamiento. Entiendo que si no facilito información correcta sobre mi salud, podría perjudicar mi situación y causar complicaciones indeseadas.
8. Entiendo que, a pesar de todas las precauciones que se han tomado, podrían darse complicaciones. No puede haber garantías sobre el resultado del tratamiento propuesto.

16160 Monterey Road, Morgan Hill, CA 95037

☎ (408) 782-6568

☎ (888) 503-6560

✉ info@stDental.com

🌐 www.stDental.com



Family • Cosmetic • Sedation • Invisalign

PARA TODOS LOS PACIENTES

Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas sobre las complicaciones dentales que puedan ser causadas por mi historial y/o por el uso actual de medicamentos con bisofosfonato y creo que tengo suficiente información para dar mi consentimiento como se indica 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 y 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. Doy mi consentimiento para recibir el tratamiento mencionado anteriormente. 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.

16160 Monterey Road, Morgan Hill, CA 95037

☎ (408) 782-6568

☎ (888) 503-6560

✉ info@stDental.com

🌐 www.stDental.com