

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECONSTRUCCIÓN BUCAL COMPLETA
Rev 10/2021

Se me ha informado de la necesidad de tener una reconstrucción dental compleja con base en las condiciones que presento, incluyendo, pero sin limitarse a ello, diagnósticos complejos que implican impresiones (moldes) con materiales de impresión dental o por escaneo y múltiples radiografías dentales, terapia de ajuste de mordida, restauraciones de resina compuesta, coronas y/o puentes provisionales, y coronas y/o puentes fijos. Se puede sugerir un tratamiento de conducto (endodoncia). Pueden ser necesarias las extracciones de dientes que ya no se pueden restaurar. Los implantes dentales pueden usarse para apoyar la terapia con prótesis. La terapia de dentadura postiza (prótesis) removible completa o parcial puede ser necesaria como parte del tratamiento provisional o definitivo para mi condición dental. Se puede sugerir la ortodoncia y/o la cirugía ortognática. Se puede garantizar una referencia con un especialista del sueño. La terapia de férulas de mordida puede usarse como parte de las fases de diagnóstico y mantenimiento del tratamiento, y pueden necesitarse varias férulas de mordida. Además, podemos discutir con usted acerca de la salud del tejido gingival y la presencia de cualquier enfermedad en las encías. Usted puede necesitar un tratamiento de encías, o incluso una cirugía de encías. Si se preocupa por la apariencia de sus dientes, su dentista puede sugerirle otros tipos de tratamiento para mejorar el aspecto de sus dientes.

El doctor de la Clínica Dental de Santa Teresa discutirá un plan de tratamiento con usted, con base en su condición. Se le pueden dar algunas opciones para su tratamiento, el cual suele llevarse a cabo durante un período de tiempo.

ASPECTOS A CONSIDERAR

El propósito y la necesidad de una reconstrucción completa de la boca es para reparar o reemplazar dientes muy desgastados o quebrados y/o dientes faltantes, a fin de mejorar la apariencia de los dientes y restaurar una mordida colapsada o disminuida.

ENTIENDO LO SIGUIENTE:

Entiendo que, debido a la complejidad y naturaleza de una rehabilitación dental compleja como la mía, no es posible para el doctor de la Clínica Dental de Santa Teresa o para cualquier otro miembro del personal establecer, de forma predecible y razonable, un tiempo estimado necesario para la finalización; sin embargo, entiendo que no es raro para este tipo de tratamiento tardarse más de un año o completarse por etapas en el transcurso de algunos años. También es probable que se necesite un mantenimiento constante y/o un futuro retratamiento.

Entiendo que los honorarios de mi plan de tratamiento se facturarán por cada fase del mismo, independientemente de que las "prácticas estándar de facturación" sugieran una facturación global. Por ejemplo, entiendo que se cobrará por separado las coronas provisionales de las definitivas. Además, entiendo que estos honorarios pueden ser más elevados que la terapia "a la carta", debido a la complejidad del caso. Finalmente, entiendo que el plan del tratamiento original es un estimado con base en las mejores predicciones posibles, y que las modificaciones al plan del tratamiento y los honorarios asociados basados en adaptaciones necesarias a mi condición clínica pueden ocurrir durante el tratamiento y son mi responsabilidad financiera.

Los procedimientos utilizados en la prestación de cuidados me han sido explicados en su totalidad, y yo los entiendo. Se me ha dicho que el éxito del tratamiento depende de diferentes factores que están bajo mi control, por ejemplo: seguir los procesos de higiene oral recomendados, seguir los consejos de dieta, nutrición y cuidados en casa, cooperar en el mantenimiento de las coronas, puentes y prótesis, y cumplir con las citas de la oficina.

Además, entiendo que a pesar de todas las estimaciones del éxito del tratamiento, hay muchos factores personales y biológicos que no se pueden predecir de antemano y que pueden afectar a su éxito y a los costos estimados, incluyendo, pero sin limitarse a ello, la posible necesidad de un tratamiento de conducto (endodoncia) o la extracción de dientes naturales, la posibilidad que se quiebre la porcelana, la resina compuesta o el acrílico, la necesidad de rehacer o de reparar la restauración, la necesidad de remover estructura dental sana para acomodar una prótesis, la posibilidad de sensibilidad a la temperatura y a la masticación, la posibilidad de un tratamiento por un especialista dental adjunto, y la posibilidad de un ajuste holgado que requiera del uso de adhesivos dentales para las prótesis.

También, entiendo que las restauraciones provisionales o "temporales" no son definitivas y que las restauraciones definitivas o "permanentes" pueden necesitar reparación o reemplazo en cualquier momento durante su uso.

Entiendo al usar materiales dentales, mi salud periodontal, mi salud personal y la salud de mi sistema muscular-esquelético pueden necesitar un tratamiento extenso a lo largo de mi vida; probablemente serán necesarios múltiples ajustes de la mordida para adaptarse a los cambios biológicos.

También entiendo que los problemas de la ATM pueden desarrollarse o exacerbarse independientemente de cualquier terapia dental durante el tratamiento o en el futuro, lo que puede requerir un tratamiento adicional.

Entiendo que los costos un cuidado complementario y especializado y un futuro cuidado dental o médico que exceda el presupuesto original para mi plan de tratamiento, son mi responsabilidad.

Además, entiendo que el Dr. Andrew Huang es un dentista general, no un especialista en reconstrucción (prostodoncista), y declino la remisión a un prostodoncista en este momento.

BENEFICIOS POTENCIALES DE LA RECONSTRUCCIÓN BUCAL COMPLETA:

Este procedimiento puede mejorar tu apariencia. Puede restaurar tus dientes. Tu boca puede estar más saludable.

RIESGOS Y EFECTOS SECUNDARIOS CONOCIDOS DE LA RECONSTRUCCIÓN BUCAL COMPLETA:

- Daño al(os) nervio(s). Esto puede incluir dolor, adormecimiento o debilidad temporal o permanente. Esto se puede descubrir durante el procedimiento o posterior a éste.
- Molestar por adormecimiento incompleto de la zona.
- Malestar o dolor por la inyección inicial.
- La realización de este procedimiento puede afectar a sus futuras opciones de tratamiento. Consulte con su médico.
- Alivio incompleto del dolor.
- Adormecimiento.
- Dolor o sensibilidad en el diente.
- Los resultados del procedimiento puede que no se vean o sientan como usted o los demás quieran.
- Usted puede necesitar tratamiento o evaluaciones adicionales.
- Infección ósea (osteomielitis).
- Cambios en el habla. Cambios en la manera de pronunciar las palabras.
- Infección.
- Reacción a la anestesia local o a otras medicinas proporcionadas durante y después del procedimiento.
- Inflamación.
- Rotura de dientes o traumatismos en las encías.
- El dispositivo, el equipo o el material utilizado o implantado para realizar el procedimiento puede no funcionar correctamente, fallar o causar problemas durante el procedimiento o

posteriormente. Es posible que el procedimiento no se complete. Es posible que necesite un tratamiento adicional ahora o más adelante.

- Daños en la mandíbula, el hueso de esta o las estructuras cercanas. Esto puede descubrirse durante el procedimiento, o más adelante.

ALTERNATIVAS PARA UNA RECONSTRUCCIÓN BUCAL COMPLETA:

No hay 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 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.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la reconstrucción bucal completa. 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.



Family • Cosmetic • Sedation • Invisalign

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

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