

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO PERIODONTAL NO QUIRÚRGICO

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Hechos a considerar

Se requieren las iniciales del paciente

- _____ Se tomarán radiografías para revisar la condición del hueso que sostiene sus dientes. Se realizará un examen minucioso de su cavidad oral y se medirán las cavidades debajo de la encía que rodea sus dientes para determinar qué tratamiento/s periodontal/es requiere el estado de sus encías.
- _____ El tratamiento requiere la eliminación de una sustancia bacteriana conocida como *placa dental*, la cual es la principal responsable de la enfermedad periodontal, y *cálculos*, que son una acumulación de depósitos duros en el diente por encima o por debajo del margen gingival.
- _____ El tratamiento requiere un *raspado* durante el cual se utilizan instrumentos de mano afilados para eliminar los cálculos, la placa y la bacteria; un *curetaje*, mediante el cual se elimina cualquier tejido necrótico (muerto) y se limpia el área o la cavidad, y un *alisado de la raíz*, mediante el cual se alisa y se perfila la superficie de la raíz para eliminar los restos y el cemento encontrados en la cavidad periodontal. Es posible que el tratamiento incluya medicamentos o enjuagues bucales especiales para ayudar a controlar el crecimiento de la bacteria.
- _____ El éxito del tratamiento depende en parte de que usted se comprometa a cepillarse los dientes y a usar el hilo dental diariamente, a recibir limpiezas regulares según le sean indicadas, a seguir una dieta saludable, a evitar el tabaco y a cumplir con un plan de cuidado en el hogar que se le enseñará en esta oficina.
- _____ Se aplicará una anestesia local dependiendo de la sensibilidad del área a ser tratada.

Entre otros, los beneficios del tratamiento periodontal no quirúrgico son los siguientes:

- _____ Limpiezas profesionales regulares: crean un medio ambiente limpio en el cual las encías pueden cicatrizar; reducen las probabilidades de sufrir irritaciones e infecciones adicionales; le facilitan la limpieza de sus dientes; y disminuyen el costo de reemplazar los dientes perdidos a causa de la enfermedad periodontal.

Entre otros, los riesgos del tratamiento periodontal no quirúrgico son los siguientes:

- _____ Entiendo que mis encías pueden sangrar o inflamarse y que es posible que experimente una molestia mediana durante varias horas después de que se acabe el efecto de la anestesia. Posiblemente experimente una leve molestia durante unos pocos días que podrá ser tratada con medicamentos para el dolor. Avisaré a la oficina del dentista si los problemas perduran más de unos pocos días.
- _____ Entiendo que como las limpiezas incluyen el contacto con bacteria y tejido infectado en la boca, es posible que también experimente una infección, la cual sería tratada con antibióticos.
- _____ Entiendo que mantener mi boca abierta durante el tratamiento puede hacer que mi mandíbula quede endurecida y adolorida temporalmente, y tal vez me sea difícil abrir bien la boca durante varios días. Sin embargo, de vez en cuando, esto puede indicar la existencia de un problema adicional. Debo avisar a la oficina del dentista si surge este u otro problema.
- _____ Entiendo que, a medida que cicatriza el tejido de mi encía, el mismo puede encogerse un poco y dejar expuesta parte de la superficie de la raíz. Esto puede hacer que mis dientes se vuelvan más sensibles al calor o al frío. Entiendo que existen procedimientos quirúrgicos adicionales disponibles para proteger las áreas expuestas.

_____ Entiendo que dependiendo de mi condición dental actual, problemas de salud existentes, o medicamentos que pueda estar tomando, estos métodos por sí solos tal vez no reviertan por completo los efectos de la enfermedad periodontal o prevengan problemas futuros.

_____ Entiendo que tal vez reciba una anestesia local y/u otro medicamento. En raras instancias, el paciente puede experimentar una reacción a la anestesia, lo cual puede requerir atención médica de emergencia. **A causa de la anestesia, es posible que necesite designar a un conductor para llevarme a casa.** Raramente, una inyección puede causar daños temporales o permanentes al nervio.

_____ Entiendo que todos los medicamentos son potencialmente peligrosos, y pueden tener efectos secundarios y contraindicaciones con otras drogas. Por lo tanto, es fundamental que le diga a mi dentista todos los medicamentos que estoy tomando en la actualidad, los cuales son: _____

_____ Entiendo que se harán todos los esfuerzos razonables para asegurar que mi afección sea tratada apropiadamente, pero no es posible garantizar resultados perfectos. Mediante mi firma más abajo, doy fe de que he recibido información adecuada sobre el tratamiento propuesto, de que entiendo dicha información, y de que todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.

Entre otras, las consecuencias de no aplicar ningún tratamiento son las siguientes:

_____ Entiendo que si no se aplica ningún tratamiento, o el tratamiento comenzado es interrumpido o discontinuado, mi enfermedad periodontal puede continuar y probablemente empeorar. Esto puede causar una mayor inflamación e infección del tejido de la encía, caries por encima y por debajo del borde de la encía, deterioro del hueso que rodea el diente y finalmente, la pérdida de ciertos dientes.

Entre otras, las alternativas al tratamiento periodontal no quirúrgico son las siguientes:

_____ Entiendo que tal vez se recomienden métodos quirúrgicos para ayudar a controlar mi enfermedad periodontal. Le he preguntado a mi dentista sobre las alternativas y los costos asociados. Mis preguntas sobre los procedimientos, sus riesgos, beneficios y costos han sido respondidas satisfactoriamente.
Alternativas discutidas: _____

Nadie me ha dado una garantía ni me ha asegurado que el tratamiento o la cirugía propuestos curarán o mejorarán las afecciones mencionadas más arriba.

- Se me ha dado la oportunidad de formular preguntas y doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto tal y como se describe anteriormente.
- Me niego a dar mi consentimiento para el tratamiento propuesto tal y como se describe arriba y entiendo las consecuencias potenciales asociadas con esta negativa.

Firma del paciente o del representante del paciente

Fecha

Doy fe de que he discutido los riesgos, beneficios, consecuencias y alternativas a los planes del tratamiento periodontal no quirúrgico con _____ (nombre del paciente) quien ha tenido oportunidad de hacer preguntas, y en mi opinión, mi paciente entiende lo que se le ha explicado.

Firma del dentista

Fecha

Firma del testigo

Fecha