

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CARILLAS DENTALES

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Hechos a considerar

Se requieren las iniciales del paciente

- _____ Las carillas dentales (en ocasiones llamadas carillas de porcelana o láminas dentales de porcelana) son delgadas, hechas a la medida y con material del color del diente. Estas carillas se adhieren a la parte delantera de los dientes, cambiando su color, forma, tamaño y longitud.
- _____ El tratamiento de carillas para los dientes delanteros requiere eliminar menos estructura dental que la preparación para una corona completa. Sin embargo, el proceso es irreversible porque parte del esmalte del diente debe ser eliminado para proveer el espacio adecuado para fijar con cemento la cubierta.
- _____ La restauración para una carilla requiere de dos fases: 1) la preparación del diente, y la toma una impresión para enviarla al laboratorio, y 2) el ajuste y cementación de la carilla una vez que la estética y la función han sido verificadas.

Entre otros, los beneficios de las carillas son los siguientes:

- _____ Una carilla típicamente se usa para dientes que están decolorados o manchados ya sea por un tratamiento de endodoncia, por manchas de tetraciclino u otras drogas, fluoruro excesivo, o por la presencia de largas tapaduras de resina que han decolorado al diente. Las carillas pueden proteger a los dientes que se han desgastado, despostillado o roto.
- _____ Una carilla puede ser usada para propósitos estéticos al reparar dientes que están mal alineados, que no están uniformes o que tienen una forma irregular, así como para cerrar espacios entre dientes.

Entre otros, los riesgos de las carillas son los siguientes:

- _____ Entiendo que preparar un diente para una carilla consiste en eliminar el esmalte de la superficie del diente involucrado. Esta preparación puede irritar el tejido nervioso (llamado pulpa) en el centro del diente, dejando al diente sensible al calor, al frío o a la presión. Los dientes sensibles pueden requerir tratamiento adicional, incluido el tratamiento de endodoncia.
- _____ Entiendo que el mantener mi boca abierta durante el tratamiento puede causar que mi mandíbula se sienta tiesa y adolorida temporalmente y puede ser difícil para mi abrir mucho la boca por algunos días. Esto puede ser ocasionalmente una indicación de un problema adicional. Debo notificar a su consultorio si tengo esta, u otras, preocupación o duda.
- _____ Entiendo que las carillas típicamente no pueden ser reparadas si se despostillas o si se rompen. En ese caso es posible que se conceda una corona completa.
- _____ Entiendo que las carillas pueden no igualar exactamente el color de mis otros dientes. También el color de la carilla no puede ser alterado una vez que ésta ha sido colocada.
- _____ Entiendo que a pesar de que no es probable, las carillas pueden desprenderse y caerse. Para minimizar el riesgo de que esto suceda, no debo de morder mis uñas, lápices, hielo u otros objetos duros, y tampoco debo de poner presión en mis dientes. También el rechinar los dientes puede causar que la carilla se desprenda.

_____ Entiendo que la carilla va a quedar cerca de la línea de mi encía, que es un área que tiende a la irritación, infección y/o deterioro. El cepillado apropiado, el uso de hilo dental, una dieta saludable y limpiezas profesionales, son algunas de las medidas preventivas esenciales para ayudar a controlar estos problemas.

_____ Entiendo que existe el riesgo de aspirar (inhalar) o tragar la carilla durante el tratamiento.

_____ Entiendo que puedo recibir una anestesia local y/u otro medicamento. En raros casos los pacientes pueden presentar reacciones a la anestesia, que pueden requerir atención médica de emergencia, o pueden experimentar una reducción en su habilidad para tragar. Esto incrementa la posibilidad normal de tragar objetos durante el tratamiento. Dependiendo de la anestesia y de los medicamentos administrados, es posible que necesite a un conductor designado que me lleve a casa. La inyección, en casos muy raros, puede provocar daño temporal o permanente a los nervios.

_____ Entiendo que todos los medicamentos tienen en potencial de presentar riesgos, efectos secundarios e interacciones con otros medicamentos. Por lo tanto es fundamental que le informe a mi dentista sobre todos los medicamentos que estoy tomando actualmente, los cuales son: _____

_____ Entiendo que se hará todo esfuerzo razonable para asegurar el éxito de mi tratamiento.

Entre otras las consecuencias si no se administra el tratamiento son las siguientes:

_____ Entiendo que si no se realiza el tratamiento, yo podría seguir experimentando los síntomas que pueden incrementarse en su severidad y que la apariencia cosmética de mis dientes puede continuar deteriorándose.

Entre otras, las alternativas a las carillas son las siguientes:

_____ Entiendo que, dependiendo de la razón por la cuál haya optado por una carilla, las alternativas pueden existir, incluido el tratamiento de ortodoncia para alineación de los dientes. He preguntado a mi dentista sobre estas alternativas y sobre sus costos. Mis preguntas sobre los procedimientos, sus riesgos, costos y beneficios, han sido respondidas a mi satisfacción.

Alternativas discutidas: _____

Nadie me ha garantizado que el propuesto tratamiento, curará o mejorará la condición (o condiciones) mencionada anteriormente.

- 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

Fecha

Doy fe de que he examinado los riesgos, beneficios, consecuencias y alternativas de las coronas y carillas dentales 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