

### **CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA ORAL Y ANESTESIA (Pág. 1 de 3)**

Por favor poner sus iniciales en cada párrafo después de leer. Si tiene alguna pregunta, favor preguntar al el doctor ANTES de poner sus iniciales.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_1. Este es mi consentimiento Para el Dr. Koos, y/o cualquier otro cirujano oral y maxilofacial y asistentes trabajando con ellos para tratar la siguiente condición(es):

---

---

---

\_\_\_\_2. El procedimiento(s) necesario para tratar las condiciones me ha sido explicado y entiendo la naturaleza del procedimiento a seguir: \_\_\_\_\_

---

---

\_\_\_\_3. Entiendo que el propósito del procedimiento/cirugía elegida es para tratar y posiblemente corregir mi enfermedad oral/tejido maxilofacial. El doctor me ha avisado que si esta condición persiste sin ningún tratamiento o cirugía, mi presente condición oral probablemente empeorara con el tiempo, y los riesgos a mi salud pueden incluir pero no están limitados a lo siguiente: hinchazón, dolor, infección, formación de un quiste o tumor, enfermedad periodontal (encías), caries dentales, alopecia, patológicas fracturas de la mandíbula, perdida prematura de dientes y/o hueso. Me han sido informados los posibles métodos alternativos del tratamiento, si alguno.

\_\_\_\_4. Entiendo completamente que este es un procedimiento elegido y otras formas de tratamiento o no tratamiento del todo, son opciones que tengo.

\_\_\_\_5. El doctor me ha explicado que hay ciertos riesgos potenciales e inherentes en cualquier plan de tratamiento o procedimiento, y que los riesgos de los procedimientos quirúrgicos orales y maxilofaciales incluyen pero no están limitados a:

- A. Pos-operatoria incomodidad e hinchazón que puede necesitar varios días de recuperación en casa.
- B. Fuerte sangramiento que puede ser prolongado y requiera tratamiento adicional.
- C. Lesión a los dientes adyacentes y empastes requiriendo tratamiento adicional.
- D. Infección pos-operatoria requiriendo tratamiento adicional.
- E. Estiramiento de las esquinas de la boca que resulta en magulladuras, grietas y dolor.
- F. Apertura restringida de la boca por varios días.
- G. Decisión de dejar un pequeño pedazo de raíz en el maxilar cuando su extracción requiera cirugía extensiva.
- H. Rotura de la mandíbula.
- I. Lesión de los nervios subyacentes de los diente resultando en adormecimiento, hormigueo o dolor en el labio, quijada, encías, mejillas, dientes y/o legua en el área operada; esto puede persistir por varias semanas, meses o en raras circunstancias ser permanente.
- J. Abertura del seno (una cavidad normal situada por encima de los dientes superiores) o desplazamiento de las raíces de los dientes o diente en el seno requiriendo adicional cirugía

### **CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA ORAL Y ANESTESIA (Pág. 2 de 3)**

K. Si medicina intravenosa es usada, dolor en el sitio de la inyección o a lo largo de la vena se puede desarrollar así como la decoloración de la zona de la inyección y la posible inflamación de las venas.

L. Articulación temporo-mandibular (ATM) y problemas musculares, espasmos puede ocurrir tras los procedimientos quirúrgicos orales y maxilofaciales los cuales pueden requerir tratamiento adicional. Dolor de oídos y empeoramiento de los ya existentes problemas de la ATM puede ocurrir también.

M. Entiendo que ciertos riesgos anestésicos, que podrían causar graves lesiones corporales, incluida el paro cardíaco, son inherentes a los procedimientos que requieren anestesia general o sedación.

N. Otro:

\_\_\_6. Estoy de acuerdo y entiendo que no he tenido nada de comer o beber durante seis horas antes de mi cirugía si la anestesia general o sedación se van a utilizar.

\_\_\_7. Doy mi consentimiento a la administración de la anestesia, incluido el local, inhalación, intravenosa y/o la anestesia general en conjunción con el procedimiento(s) mencionado anteriormente y el uso de la anestesia que lo considere conveniente por el Dr. Koos y sus asociados o asistentes. Entiendo que todos los anestésicos o medicamentos de sedación implican la posibilidad muy rara de riesgos o complicaciones tales como daños a órganos vitales como el cerebro, corazón, pulmones, hígado y riñones, parálisis, paro cardíaco o muerte por causas conocidas y desconocidas.

\_\_\_8. Medicamentos, drogas, anestésicos y las recetas pueden provocar somnolencia y falta de sensibilización y coordinación, que puede ser aumentada por el uso de alcohol u otras drogas, por lo que me han avisado no operar ningún vehículo, automóviles dispositivos peligrosos, o trabajar, mientras esté tomando estos medicamentos y/o drogas hasta que esté totalmente recuperado de los efectos de la misma. Yo entiendo y acepto que no operare ningún vehículo o dispositivo peligroso por al menos, veinticuatro horas después de mi liberación de la cirugía o hasta más recuperado de los efectos de la medicación anestésica y los fármacos que me pueden haber sido dados en la oficina o el hospital para mi cuidado. Estoy de acuerdo a no conducir mi auto a casa después de la cirugía y tener a un adulto responsable que me conduzca o me acompañe a casa después que se mi liberación de la cirugía.

\_\_\_9. Ninguna garantía o aseguramiento se me ha dado de que el tratamiento propuesto sea curativo y/o exitoso a mi entera satisfacción. Debido a las diferencias de cada paciente existe un riesgo de fracaso, recaída, nuevo tratamiento selectivo, o empeoramiento de mi situación actual, a pesar de la atención provista. Sin embargo, es la opinión del médico que la terapia será útil y que el empeoramiento de mi enfermedad puede ocurrir sin el tratamiento recomendado.

\_\_\_10. He tenido la oportunidad de discutir con el doctor mi pasado historial médico y de salud incluyendo cualquier problema serio y/o lesiones.

\_\_\_11. Estoy de acuerdo con cooperar completamente con las recomendaciones del doctor mientras estoy bajo su cuidado, dándome cuenta de que la falta de la misma podría resultar en un menor resultado óptimo.

### **CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA ORAL Y ANESTESIA (Pág. 3 de 3)**

\_\_\_12. Estoy de acuerdo en otorgar el consentimiento a cualquier y todos los procedimientos adicionales que sean necesarios, ya sea electivo o de emergencia, que puedan surgir durante o después de la cirugía, mientras que estoy físicamente incapacitado de dar consentimiento debido a la anestesia o incapacidad, para completar el tratamiento o para tratar una complicación que ha surgido durante la cirugía o la anestesia.

\_\_\_13. El precio por los servicios me ha sido explicado y es satisfactorio.

\_\_\_14. Yo certifico que he leído o se me ha leído el contenido de este formulario. Yo he leído o se me ha leído y seguiré las instrucciones del paciente en relación con este procedimiento. Yo entiendo los posibles riesgos, complicaciones y efectos secundarios envueltos con cualquier tratamiento o procedimiento de cirugía oral y he decidido seguir adelante con este procedimiento después de considerar la posibilidad de riesgos conocidos y desconocidos, complicaciones, efectos secundarios y las alternativas al procedimiento. Declaro que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

\_\_\_15. Yo solicito y autorizo servicios médicos /dentales para mi, incluyendo la cirugía de implantes dentales y otras cirugías. Entiendo perfectamente el procedimiento previsto, cirugía o las condiciones del tratamiento que pueden hacerse evidentes que justifican, a juicio de el doctor, el tratamiento adicional o alternativo pertinentes para el éxito de el tratamiento completo. Asimismo, apruebo las modificaciones en el diseño, materiales, o cuidados, si se considera que esto es para mi mejor interés. Si hay una condición de imprevisto en el curso del tratamiento que se pide la realización de procedimientos con carácter adicional o diferente de la que ahora contempla yo además autoriza y dirijo a mi doctor, asociado o asistente, para hacer lo que consideren necesario y oportuno dadas las circunstancias, incluida la decisión de no continuar con el procedimiento.

\_\_\_16. Doy mi consentimiento a la fotografía, filmación, grabación, rayos X, y el personal profesional adicional observando el procedimiento realizado para el adelanto de la odontología de implantes, a condición que mi identidad no sea revelada.

\_\_\_17. Yo certifico que hablo, leo y escribo español y como tal, he leído y entendido completamente este consentimiento para la cirugía.

Firma del paciente (o tutor legal): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_