

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PROCEDIMIENTOS DE INJERTO OSEO (PÁG. 1 DE 4)**

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

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

\_\_\_1. He sido informado y se me ha otorgado el tiempo para entender completamente el propósito y la naturaleza del proceso quirúrgico de injerto de hueso. Entiendo lo que es necesario para realizar la colocación del injerto óseo bajo la encía en/o dentro del hueso.

\_\_\_2. Mi médico me ha examinado cuidadosamente la boca. Las alternativas a este tratamiento me han sido explicadas. He intentado o considerado estos métodos, pero deseo un injerto de hueso para ayudar a asegurar el remplazo de los dientes perdidos

\_\_\_3. También se me ha informado de los posibles riesgos y complicaciones de la cirugía, drogas, y la anestesia. Tales complicaciones incluyen dolor, inflamación, infecciones y decoloración. Adormecimiento de los labios, lengua, mentón, mejilla, o los dientes puede ocurrir. La duración exacta no se puede determinar y puede ser irreversible. También son posibles thrombophlebitis (inflamación de la vena), daño a los dientes presentes, fracturas óseas, la penetración de los senos de la nariz (sinus), retraso en la cicatrización, reacciones alérgicas a las drogas o medicamentos usadas, etc.

\_\_\_4. Entiendo que si no se hace nada ninguno de los siguientes podría ocurrir: enfermedad de los huesos, la pérdida de hueso, inflamación de los tejidos de las encías, infecciones, sensibilidad, el aflojamiento de los dientes seguido por la necesidad de la extracción. También son posibles; problemas en la articulación temporomandibular (mandíbula), dolores de cabeza, dolores referidos a la parte posterior del cuello y los músculos faciales y los músculos cansados al masticar. Además, soy consciente de que si no se hace nada la imposibilidad de colocar un injerto de hueso o implantes en una fecha posterior debido a cambios en las condiciones orales o médico podría existir.

\_\_\_5. Mi médico me ha explicado que no hay ningún método para predecir con precisión las capacidades de curación de la encía y del hueso en cada paciente tras la colocación de un injerto de hueso. Se me ha explicado que el hueso en su proceso de curación se remodela y no hay ningún método para predecir el volumen final del hueso, por lo que injertos adicionales pueden ser necesarios.

\_\_\_6. Se me ha explicado que, en algunos casos los injertos de hueso fallan (mala unión, unión retrasada o no unión del donante injerto de hueso a el sitio del hueso receptor) y debe ser eliminado. También se ha me ha explicado que la falta de crecimiento óseo adecuado en el material de injerto de hueso de remplazo podría resultar en un fracaso. He sido informado y entiendo que la práctica de la odontología no es una ciencia exacta, no pueden hacerse garantías o seguridades en cuanto a los resultados del tratamiento o la cirugía. Soy consciente de que existe el riesgo de que la cirugía de injerto de hueso pueda fallar, lo que podría requerir cirugía correctiva ola extracción del injerto óseo con la posibilidad de una cirugía correctiva asociada con la extracción. Si la cirugía de injerto de hueso falla entiendo que las medidas alternativas de prótesis puede tener que ser consideradas.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PROCEDIMIENTOS DE INJERTO OSEO (PÁG. 2 DE 4)**

\_\_\_7. Entiendo que el consumo excesivo de tabaco, alcohol o azúcar en la sangre puede afectar a la curación de las encías y el hueso y puede limitar el éxito del injerto óseo. Estoy de acuerdo en seguir las instrucciones de cuidado en casa de mi médico. Estoy de acuerdo en que informar a mi médico para exámenes regulares como se me indico.

\_\_\_8. Estoy de acuerdo con los siguientes procedimientos:

INJERTO AUTÓLOGO - trasplantes de hueso de una región a otra.

Sitios donantes: \_\_\_ Sínfisis mental \_\_\_ Zona desdentada  
. \_\_\_ Tuberosidad del maxilar \_\_\_ Rama ascendente \_\_\_ La tibia  
Sitio Receptor: \_\_\_ Arco superior \_\_\_ Arco inferior \_\_\_ Senos de la nariz \_\_\_ Cavidad de extracción

ALOINJERTO -trasplantes de hueso de un individuo a un individuo genéticamente no idénticos de la misma especie (hueso de cadáver). Todos los aloinjertos han sido recogidos, procesados y distribuidos para su uso en conformidad con las normas de la Asociación Americana de Bancos de Tejidos.

Donantes: \_\_\_ Hueso desmineralizado congelado seco \_\_\_ Hueso congelado seco  
. \_\_\_ Hueso irradiado  
Sitio Receptor \_\_\_ Arco superior \_\_\_ Arco inferior \_\_\_ Senos de la nariz \_\_\_ Cavidad de extracción.

ALLOPLAST, XENOINJERTOS, INJERTO DE TEJIDO DE INGENIERÍA: implantación natural o sintético / sustitutos óseos o membranas químicamente derivados.

Sitio Receptor: \_\_\_ Arco superior \_\_\_ Arco inferior \_\_\_ Senos de la nariz \_\_\_ Cavidad de extracción

\_\_\_9. A mi conocimiento, he dado un informe preciso de mi historial de salud física y mental. También he informado de cualquier reacción anterior alérgica o inusual a los medicamentos, alimentos, picaduras de insectos, anestésicos, polen, polvo, sangre o enfermedades del cuerpo, las encías o reacciones en la piel, sangrado anormal o cualquier otra condición relacionada con mi salud

\_\_\_10. Doy mi consentimiento a la administración de la anestesia, incluidos la local, de inhalación, intravenosa, y / o anestesia general, en conjunción con el procedimiento mencionado anteriormente y con el uso de la anestesia que considere conveniente por el Dr. Koos y sus colaboradores o asistentes. Entiendo que todos los anestésicos o sedantes 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, y / o muerte por causas conocidas y desconocidas

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PROCEDIMIENTOS DE INJERTO OSEO (PÁG. 3 DE 4)**

\_\_\_ 11. 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.

\_\_\_ 12. 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.

\_\_\_ 13. He tenido la oportunidad de discutir con el doctor mi pasado historial médico y de salud incluyendo cualquier problema serio y/o lesiones.

\_\_\_ 14. 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.

\_\_\_ 15. Estoy de acuerdo en dar su consentimiento a cualquier y todos los procedimientos adicionales que sean necesarios, ya sea electiva o de emergencia, que puedan surgir durante o después de la cirugía, mientras yo soy físicamente incapaz de dar consentimiento debido a la anestesia o incapacidad, con el fin de completar el tratamiento o para tratar una complicación que haya surgido durante la cirugía o la anestesia.

\_\_\_ 16. El precio por los servicios me ha sido explicado y me es satisfactorio.

\_\_\_ 17. Yo certifico que he leído o se me ha leído el contenido de este formulario. He leído o se me ha leído y voy a seguir las instrucciones para el paciente en relación con este procedimiento. Entiendo los posibles riesgos, complicaciones y efectos secundarios envueltos con cualquier tratamiento o procedimiento de cirugía oral y he decidido continuar con este procedimiento después de considerar la posibilidad de riesgos conocidos y desconocidos, complicaciones, efectos secundarios y alternativas al procedimiento. Declaro que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

\_\_\_ 18. Yo solicito y autorizo servicios médicos /dentales para mi, incluyendo la cirugía de injerto de hueso 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.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PROCEDIMIENTOS DE INJERTO OSEO (PÁG. 4 DE 4)**

\_\_\_\_19. Doy mi consentimiento a la fotografía, filmación, grabación, rayos X, y el personal profesional adicional observando el procedimiento que se realizó para el adelanto de la odontología de implantes, siempre que mi identidad no sea revelada.

\_\_\_\_20. Estoy de acuerdo de notificar a la oficina del doctor de cualquier y todos los cambios a mi dirección y / o número de teléfono dentro de un plazo de tiempo razonable (de dos a cuatro semanas).

\_\_\_\_21. Con todo el conocimiento claro de todas estas posibles complicaciones, he reconocido que el procedimiento se realiza en un entorno de consulta externa

\_\_\_\_22. Yo certifico que hablo, leo y escribo en inglés y, como tal, han leído y entendido este consentimiento para la cirugía.

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

Fecha: \_\_\_\_\_

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

Fecha: \_\_\_\_\_

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

Fecha: \_\_\_\_\_