



**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DENTAL EN LAS ZONAS IRRADIADAS (Pág. 1 DE 2)**

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

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

Habiendo sido tratados previamente con radioterapia para el cáncer (terapia con rayos X para erradicar células cancerosas), usted debe saber que existe un riesgo significativo de complicaciones en el futuro cuando el tratamiento dental es planeado en estas áreas. Radiación terapéutica en la mandíbula y las regiones faciales pueden afectar negativamente el suministro de sangre al hueso, lo que reduce su excelente capacidad normal de curación. Este riesgo es mayor después de la cirugía, especialmente de la extracción, la colocación de implantes o de otro procedimientos “invasivo” que pueden causar incluso un traumatismo leve en el hueso. Osteorradionecrosis puede resultar. Este es un proceso destructivo, latente, de largo plazo en la mandíbula que a menudo es muy difícil o imposible de eliminar.

Su historia médica /dental es muy importante. Debemos conocer los medicamentos y drogas que ha recibido o tenido o todavía está recibiendo o tomando. Una historia médica precisa, incluyendo nombres de los médicos es importante.

\_\_\_1. Tratamiento antibiótico puede ser usado para ayudar a controlar la posible infección post operatoria. Para algunos pacientes este tipo de tratamiento puede causar reacciones alérgicas o efectos secundarios indeseables, tales como malestar gástrico, diarrea, colitis, etc.

\_\_\_2. A pesar de todas las precauciones, puede haber retraso en la cicatrización, osteonecrosis, la pérdida de tejido óseo y tejidos blandos, fractura patológica de la mandíbula, oral fístula cutánea, o de otras complicaciones significativas.

\_\_\_3. Si la osteonecrosis ocurre, el tratamiento puede ser prolongado y difícil, que involucra la terapia intensiva en curso, incluida la hospitalización, antibióticos a largo plazo, y el desbridamiento para eliminar huesos no vitales. Cirugía reconstructiva puede ser necesaria incluyendo un injerto de hueso, placas metálicas y tornillos, y / o colgajos e injertos de piel.

\_\_\_4. Incluso si no hay complicaciones inmediatas del tratamiento dental propuesto, el área está siempre sujeta a la ruptura espontánea y a la infección. Incluso un trauma mínimo como cepillarse, masticar alimentos duros, o dolor en la dentadura pueden desencadenar una complicación.

\_\_\_5. Supervisión postoperatoria a largo plazo puede ser necesaria y la cooperación en las citas programadas de mantenimiento es importante. Controles dentales regulares y frecuentes con su dentista son importantes para vigilar y tratar de prevenir la descomposición en su salud oral.

\_\_\_6. He leído los párrafos anteriores y comprendo los posibles riesgos de someterme al tratamiento previsto. Entiendo y estoy de acuerdo con el siguiente plan de tratamiento:

---

---

---

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DENTAL EN LAS ZONAS IRRADIADAS (Pág. 2 DE 2)**

\_\_\_7. Entiendo la importancia de historia médica y afirmo que he dado toda la información que pueda afectar a mi cuidado. Entiendo que el hecho de no dar información verdadera salud puede afectar negativamente a mi cuidado y dar lugar a complicaciones no deseadas.

\_\_\_8. Me doy cuenta de que, a pesar de todas las precauciones que pueden tomarse para evitar complicaciones, no puede haber ninguna garantía en cuanto al resultado del tratamiento propuesto.

\_\_\_9. Yo solicito y autorizo los servicios médicos / dentales para mi, incluyendo la cirugía oral. Entiendo perfectamente el procedimiento previsto, la cirugía o las condiciones de tratamiento que puede ponerse de manifiesto que merecen en la sentencia del médico, el tratamiento adicional o alternativo pertinentes para el éxito del tratamiento integral. También apruebo las modificaciones en el diseño, materiales, o la atención, si siento que esto es para mi mejor interés. Si una condición imprevista surge en el curso del tratamiento que requiera el desempeño o procedimientos adicionales o diferentes del que ahora se contempla además yo autorizo y doy instrucciones a mi médico, asociado o asistente, para hacer lo que consideren necesario y oportuno dadas las circunstancias, incluyendo la decisión de no continuar con el procedimiento.

\_\_\_10. Yo certifico que hablo, leo y escribo español y que he leído y entendido este consentimiento para la cirugía, mis dudas han sido respondidas y todos los espacios en blanco fueron llenados con anterioridad a mis iniciales o firma.

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

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

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