



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUJIA ORAL Y EXTRACCIONES DENTALES

ENTIENDO que al someterme a la CIRUJIA ORAL y/o a EXTRACCIONES DENTALES, estoy aceptando posibles riesgos tales como, pero sin limitarse a los siguientes:

1. **Daño a los nervios.** Estos incluyen los nervios de los labios, la lengua, los tejidos del fondo de la boca, las mejillas, etc. Es posible que este entumecimiento sea solo temporal, durando algunos días, algunas semanas, algunos meses, o incluso permanentemente.
2. **Sangrando y/o contusions.** El sangrando puede continuar por varias horas. Si es severo y persiste por largo tiempo, es necesario que reciba atención médica. Las contusions pueden tomar más tiempo en desaparecer.
3. **Problemas con los senos nasals.** En algunos casos, las puntas de la raíz de los dientes superiores se encuentran cerca de los senos nasals. Es posible que durante extracciones o cirujías la membrana de los senos nasals sea perforada. Si esto sucede será necesario reparar los senos nasals con cirugía.
4. **Resequedad en los casquillos.** Esto suele ocurrir algunas veces cuando los dientes son extraídos y algún coágulo no se forma correctamente durante la cicatrización. La resequedad en los casquillos puede ser muy dolorosa.
5. **Infecciones.** A pesar del cuidado que tomamos en esterilizar nuestros instrumentos quirúrgicos, es posible (debido al ambiente no-esteril o infectado de la boca) que algunas infecciones se desarrollen después de la cirugía. Algunas veces es posible que estas infecciones sean serias. Si sufre de hinchazón, especialmente si esta es acompañada de fiebre o malestar es necesario que reciba atención médica lo más pronto posible.
6. **Fracturas en la mandíbula, raíces o fragmentaciones de huesos.** Existe la posibilidad, aún cuando se toman las mayores precauciones, de que la mandíbula, las raíces de los dientes o fragmentos de hueso sean fracturados durante estos procedimientos. En tal caso, será necesario referirle a un especialista. En caso de que cirugía extensiva y/o complicaciones sean requeridos, es posible que usted opte por dejar que pequeños fragmentos de raíces o hueso queden alojados en la mandíbula.
7. **Daño incurrido a los dientes o rellenos adyacentes.** Esto puede suceder ocasionalmente aún cuando se tomen cuidados extremos durante cirujías o extracciones.
8. **Endocarditis bacterial.** Debido a la presencia natural de bacterias en la cavidad oral, es posible que los tejidos del corazón, por razones conocidas o no, sean susceptibles a infecciones bacteriales transmitidas a través del torrente sanguíneo. En caso de que esta endocarditis bacterial ocurriese, o cualquier otro problema del corazón, es imprescindible que se lo comuniqué a su médico.
9. **Reacciones secundarias a medicamentos prescritos.** Estas reacciones secundarias, ya sean leves o severas, son posibles cuando es sometido a anestesia o otros medicamentos administrados o prescritos.
10. **Es mi responsabilidad el recurrir a atención médica en caso de experimentar problemas postoperatorios y de seguir diligentemente cualquier instrucción preoperatorio o postoperatorio.**

CIRUJIA ORAL Y EXTRACCIONES DENTALES

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la naturaleza y propósito de cirugía oral y/o extracciones dentales y se me ha respondido satisfactoriamente. Voluntariamente me hago responsable por cualquier riesgo, incluyendo daño substancial (si estos existen) que sean asociados con cualquiera de las etapas de este tratamiento. Los resultados esperados pueden o no obtenerse. No se me ha hecho ninguna promesa con respecto a mi recuperación o sobre los resultados que espero recibir. Se me ha informado de las cuotas que deberé pagar por los servicios recibidos y las he encontrado Justas. A firmar este documento, doy mi libre consentimiento para que el Doctors of Cascade Family Dental y/o sus asociados me provean con los tratamientos necesarios o recomendables para mi problema dental, incluyendo anestésicos y/o medicamentos.

Nombre del paciente
(escriba en letra de molde)

Firma del paciente, guardian legal,
o representante autorizado

Fecha

Testigo de firma

Fecha

Dentales _____

Treatment Alternatives

Advantages of Each Alternative

Disadvantages of Each Alternative

Risk of Each Alternatives

Costs of Each Alternatives

Results of Doing Nothing