



JARED E WILLIAMS

DDS

"Dentista General Móvil

Ofreciendo Servicios de Cirugía e Implantes"

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA ORAL

Nombre del Paciente (en letra de imprenta): _____ Fecha: _____

El/los siguiente(s) procedimiento(s) ha(n) sido recomendado(s):

La extracción de dientes, así como otros procedimientos quirúrgicos, son irreversibles. Tanto las extracciones rutinarias como las complicadas se consideran procedimientos quirúrgicos. Como en cualquier procedimiento quirúrgico, entiendo que existen riesgos asociados con el tratamiento propuesto, incluyendo, pero sin limitarse a:

(Marque con sus iniciales las áreas enumeradas)

- _____ 1. Hinchazón y/o hematomas y molestias en la zona quirúrgica.
- _____ 2. Estiramiento de las comisuras de la boca, lo que puede causar agrietamiento y hematomas.
- _____ 4. Dolor de alveolo seco que comienza unos días después de la cirugía, y que generalmente requiere cuidados adicionales.
- _____ 5. Adormecimiento o alteración de la sensación en los labios y la barbilla debido a la proximidad de las raíces de los dientes a los nervios, los cuales pueden magullarse o lesionarse.
- _____ 6. En la mayoría de los casos, la sensación vuelve a la normalidad, pero en casos raros, la pérdida de sensación puede ser permanente.
- _____ 7. Trismo: limitación de la apertura de la mandíbula debido a la inflamación o hinchazón, que es más común después de la extracción de las muelas del juicio. A veces, es el resultado de molestias en la articulación temporomandibular (ATM), especialmente cuando ya existen enfermedad y síntomas de la ATM.
- _____ 8. Sangrado: un sangrado significativo no es común, pero se puede esperar un goteo persistente durante varias horas después de la cirugía.
- _____ 9. Puede formarse una cresta ósea o astillas óseas en los bordes del alveolo más adelante. Estos pueden requerir otra cirugía para suavizarlos o eliminarlos.
- _____ 10. Extracción incompleta de un fragmento dental: para evitar lesiones en estructuras vitales como los nervios o el seno, a veces se pueden dejar pequeñas puntas de raíz en su lugar. Compromiso del seno: las raíces de los dientes superiores posteriores suelen estar cerca del seno y a veces puede ocurrir que un fragmento de raíz se desplace al seno, o que se abra una comunicación en la boca que pueda requerir cuidados adicionales.
- _____ 11. Fractura mandibular: aunque es bastante rara, es posible en casos de dientes difíciles o impactados profundamente.

La mayoría de los procedimientos son rutinarios y no se esperan complicaciones graves. Sin embargo, las complicaciones que puedan ocurrir generalmente son leves y pueden tratarse con éxito.

No se me ha dado ninguna garantía o garantía de éxito para este tratamiento, y entiendo que cada paciente es diferente, lo que hace imposible predecir los resultados con exactitud. Aunque se espera una mejora, también entiendo que mi condición puede permanecer igual, mejorar o empeorar después del tratamiento, y que puede ser necesario un cuidado continuo. Comprendo que, para ayudar en un tratamiento exitoso y reducir los riesgos de complicaciones, debo cumplir ciertos requisitos, como una excelente higiene oral, una dieta adecuada con restricciones en ciertos alimentos duros o pegajosos, seguir estrictamente las instrucciones sobre el uso de medicamentos, usar dispositivos, si corresponde, y cooperar y asistir a las citas programadas. He proporcionado un historial médico completo y preciso. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información en este formulario y se me han dado respuestas satisfactorias.

CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y COMPRENDIDO ESTE FORMULARIO Y ADEMÁS CERTIFICO QUE EL DOCTOR ME HA EXPLICADO LOS RIESGOS ASOCIADOS CON EL PROCEDIMIENTO. MI FIRMA ABAJO SIGNIFICA MI RECONOCIMIENTO DE QUE CREO HABER RECIBIDO SUFICIENTE INFORMACIÓN PARA PROCEDER CON EL TRATAMIENTO RECOMENDADO. TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO FUERON COMPLETADOS ANTES DE MI FIRMA. POR LA PRESENTE AUTORIZO EL CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR ESTE TRATAMIENTO DE CIRUGÍA ORAL.

Firma del Paciente/Padre o Tutor Legal

Fecha

Firma del Doctor

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

ANESTHESIA

ORAL SURGERY

IMPLANTOLOGY

COACHING

P: 713-489-8338

E: Info@Jaredwdds.com

W: Jaredwdds.com