



JARED E WILLIAMS
DDS

"Dentista General Móvil
Ofreciendo Servicios de Cirugía e Implantes"

Consentimiento para el procedimiento de injerto óseo

Nombre del paciente: _____ Ubicación del injerto: _____

El propósito del injerto óseo es aumentar las deficiencias óseas. Se requiere un injerto para tener una base ósea adecuada y así aumentar el éxito y el pronóstico. Además de los riesgos del procedimiento quirúrgico principal que me han sido explicados por separado, entiendo que el propio procedimiento de injerto óseo implica riesgos específicos. Mi médico me ha explicado que tales riesgos incluyen, pero no se limitan a, los siguientes:

RIESGOS GENERALES

1. Sangrado, hinchazón, infección, cicatrización, dolor, adormecimiento o alteración de la sensación (posiblemente permanente) en el sitio donante, lo cual puede requerir un tratamiento adicional.
2. Reacciones alérgicas u otras reacciones adversas a los medicamentos utilizados durante o después del procedimiento.
3. La necesidad de procedimientos adicionales o más costosos para obtener suficiente hueso.
4. Rechazo de partículas óseas de los sitios quirúrgicos después de la cirugía.
5. Rechazo del injerto óseo.
6. Rechazo del material de injerto donado o artificial.
7. La remota posibilidad de transmisión de enfermedades virales o bacterianas a través de hueso procesado.
8. Puede ser necesario realizar procedimientos adicionales según cómo su cuerpo se adapte al injerto y cómo se produzca la cicatrización.

Además, a medida que envejecemos, perderemos hueso como parte del proceso normal de envejecimiento y/o debido a enfermedades periodontales. A medida que esto ocurra, el hueso agregado en este procedimiento puede perderse y pueden ser necesarios procedimientos futuros para tratar esta deficiencia. Esto se considera un procedimiento separado y tiene un costo adicional. Si esto continúa ocurriendo, la mejora ósea puede perderse y pueden ser necesarios más procedimientos para tratar esta deficiencia.

CONSENTIMIENTO

SÉ QUE LO ANTERIOR ME HA SIDO EXPLICADO SATISFACTORIAMENTE Y SE HAN RESPONDIDO MIS PREGUNTAS. COMPRENDO EL RIESGO DEL INJERTO ÓSEO. TENGO PLENA CONCIENCIA DE QUE NO SE PUEDE GARANTIZAR NI OFRECER UN RESULTADO PERFECTO. MI FIRMA A CONTINUACIÓN INDICA MI COMPRENSIÓN DE MI TRATAMIENTO PROPUESTO Y POR LA PRESENTE OTORGO MI CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO PARA LA CIRUGÍA.

Firma del Paciente/Padre o Tutor Legal	Fecha
Firma del Doctor	Fecha
Firma del Testigo	Fecha

Solo para uso de la oficina:

Materiales utilizados: (Iniciales según el material utilizado)

_____ Cancellous/Cortical Bone Particulate

_____ Membrana no reabsorbible

_____ Membrana reabsorbible

ANESTHESIA ORAL SURGERY IMPLANTOLOGY COACHING

P: 713-489-8338

E: Info@Jaredwdds.com

W: Jaredwdds.com