



JARED E WILLIAMS
DDS

"Dentista General Móvil
Ofreciendo Servicios de Cirugía e Implantes"

Consentimiento para usuarias/usuarios de bifosfonatos

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

Por favor ponga sus iniciales en cada párrafo después de leerlo. Si tiene alguna pregunta, consulte a su médico ANTES de poner sus iniciales.

- ___ 1. Me han tratado con bifosfonatos orales y entiendo que existe un pequeño riesgo (< 1 %) de desarrollar osteonecrosis de la mandíbula (muerte de las células óseas) que puede ocurrir después del tratamiento dental, incluida la extracción de dientes de rutina. El hueso de la mandíbula generalmente sana por completo, pero en algunos pacientes que toman bifosfonatos, la capacidad del hueso para sanar puede verse alterada, interfiriendo con la capacidad de la mandíbula para sanar normalmente. Este riesgo aumenta mínimamente en procedimientos como extracción de dientes, cirugía de tejidos, colocación de implantes u otros procedimientos que causan daño al hueso. Si el hueso no puede tolerar y curar esta lesión, puede producirse osteonecrosis (células óseas muertas), lo que provoca una infección y la necesidad de tratamiento adicional.
- ___ 2. Entiendo que el riesgo de osteonecrosis puede aumentar debido a ciertas afecciones médicas, como diabetes, inmunosupresión y cáncer, así como a hábitos sociales como el tabaquismo crónico.
- ___ 3. Mi historial médico/dental es muy importante. He proporcionado una lista precisa de los medicamentos que he recibido o tomado antes y que estoy recibiendo o tomando ahora. He proporcionado un historial médico completo y preciso, incluidos los nombres de todos mis médicos.
- ___ 4. La decisión de suspender el tratamiento con bisfosfonatos orales antes del tratamiento dental sólo debe tomarse después de hablar con mi médico y el cirujano dentista tratante.
- ___ 5. Si ocurre una complicación, se puede usar terapia con antibióticos para ayudar a controlar la infección. Para algunos pacientes, dicha terapia puede provocar respuestas alérgicas o tener efectos secundarios indeseables como malestar estomacal, diarrea, hinchazón del colon, etc.
- ___ 6. En el raro caso de que se produzca osteonecrosis, en algunos casos el tratamiento puede ser largo y difícil. Es posible que necesite una terapia intensiva continua que podría incluir hospitalización, tomar antibióticos durante un período prolongado y extirpación del hueso muerto. Es posible que se necesite cirugía reconstructiva, incluidos injertos óseos, placas y tornillos metálicos y/o colgajos e injertos de piel.
- ___ 7. Incluso si no hay complicaciones inmediatas por el tratamiento dental propuesto, la zona puede estar sujeta a roturas en cualquier momento debido a la condición inestable del hueso. Incluso el trauma más pequeño causado por un cepillo de dientes, masticar alimentos duros o llagas en la dentadura postiza puede desencadenar una complicación. Este riesgo es mayor cuanto más tiempo se hayan tomado los medicamentos con bifosfonatos.
- ___ 8. Es posible que necesite ver a mi cirujano a largo plazo después de la cirugía para controlar mi condición. Es muy importante que acuda a todas mis citas programadas. Los controles dentales regulares y frecuentes con mi dentista son importantes para intentar prevenir un deterioro de mi salud bucal.

ANESTHESIA

ORAL SURGERY

IMPLANTOLOGY

ENDODONTICS

P: 713-489-8338

E: Info@Jaredwdds.com

W: Jaredwdds.com



JARED E WILLIAMS
DDS

"Dentista General Móvil
Ofreciendo Servicios de Cirugía e Implantes"

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA ORAL EN PACIENTES QUE HAN RECIBIDO BIFOSFONATOS ORALES

___ 9. He leído la información anterior y comprendo los posibles riesgos de recibir el tratamiento planificado. Entiendo y acepto el siguiente plan de tratamiento:

___ 10. Me doy cuenta de que aunque los médicos tomarán todas las precauciones para evitar complicaciones; el médico no puede garantizar el(los) resultado(s) del tratamiento propuesto.

Entiendo que el tratamiento que estoy a punto de recibir puede verse afectado por los medicamentos que he tomado. He proporcionado un historial médico completo y veraz, incluyendo todos los medicamentos, uso de drogas, embarazo, etc. Certifico que hablo, leo y escribo inglés. Todas mis preguntas han sido respondidas antes de firmar este formulario.

Firma del Paciente/Padre o Tutor Legal:

Fecha:

Firma del Doctor:

Fecha:

Firma del Testigo:

Fecha:

ANESTHESIA

ORAL SURGERY

IMPLANTOLOGY

ENDODONTICS

P:713-489-8338

E: Info@Jaredwdds.com

W: Jaredwdds.com