



CONSENTIMIENTO PARA LA CIRUGIA

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Como paciente, tiene el derecho de ser informado acerca de su diagnostico y cirugia planeada para que pueda decidir si desea llevar a cabo el procedimiento despues de saber los riesgos. Esta informacion no esta hecha para alarmarlo o atemorizado. Las posibilidades de que estas complicaciones ocurran son minimas. Esto es simplemente para darle una mejor informacion acerca de su cirugia.

POSIBLES COMPLICACIONES EN:

1. TODAS LAS CIRUGIAS

- a. Dolor, inflamacion moretones, estiramiento de las comisuras de la boca, apertura limitada de boca, algunas veces relacionado con la inflamacion, y dolor muscular, algunas veces relacionado con estres en la articulacion temporo-mandibular.
- b. Sangrado, generalmente controlable, pero puede prolongarse y requerir cuidado especial.
- c. Reaccion al medicamento o alergias.
- d. Infeccion, posiblemente requiera cuidado especial.

2. TODAS LAS EXTRACCIONES DE DIENTES

- a. Alveolo seco: dolor que se presenta a unos dias despues de la extraccion que requiere especial cuidado.
- b. Dano a dientes o obturaciones adyacentes.
- c. Bordes filosos o astillas de hueso que requieren intervencion adicional para resolver el problema.
- d. Porciones de algun diente que se hayan dejado. Algunas veces puntas de raices pueden dejarse deliberadamente para evitar danar estructuras vitales cercanas como son algun nervio o el seno maxilar.
- e. **ADORMECIMIENTO:** Debido a la proximidad de las raices del diente con el nervio (especialmente muelas del juicio), es posible lastimar el nervio durante la extraccion del diente. Los labios, la barba, las encias o la lengua podrian sentirse adormecidos (parestesia) como cuando de inyecta el anestésico local. Esto podria durar por dias, semanas, meses o muy raramente ser permanente. Disestesia (adormecimiento doloroso) tambien es posible.
- f. **PENETRACION DE SENO MAXILAR:** Debido a la cercania de las raices de los molares superiores con el seno maxilar, existe el riesgo de que el seno maxilar se penetre o que una raiz sea desplazada dentro del seno. Una infeccion de seno maxilar y/o apertura de seno podria presentarse y requerir tomar medicamento y/o corregirse por medio de cirugia posteriormente.
- g. Fractura de mandibula.

3. ANESTESIA

- a. Anestesia local: Existen ciertos riesgos posibles que aunque raros, podrian incluir dolor, inflamacion, moretones, infeccion, dano al nervio y reacciones alergicas no anticipadas.
- b. Sedacion intravenosa o anestesia general: Ciertos posibles riesgos existen, aunque poco comunes, podrian incluir nauseas, dolor, inflamacion, moretones y/o inflamacion en el lugar de la inyeccion (flebitis).
- c. Raras complicaciones incluyen alergia o reacciones inesperadas a drogas o otras condiciones que podrian ser mortales.
- d. En el caso de obtener sedacion intravenosa o anestesia general entiendo que **no debo ingerir ningun alimento o bebida seis horas antes de mi cita, de lo contrario podria arriesgar mi vida.**

- e. Se me ha informado que ciertos medicamentos, drogas, anestésicos y recetas que se me podrían dar pueden causar mareo, falta de coordinación y reflejos. El uso de alcohol puede aumentar los efectos de estas drogas. Se me ha advertido sobre no manejar ningún tipo de maquinaria peligrosa y no regresar al trabajo mientras este tomando dichos medicamentos, o hasta que este totalmente recuperado de los efectos de los mismos. Entiendo que esta recuperación podría tomar hasta 24 horas o más después de que haya tomado la última dosis del medicamento. Si se me diera un sedante durante mi cirugía, acepto no manejar a mi casa y tendré a un adulto responsable acompañándome hasta que este totalmente recuperado de los efectos de la sedación.

4. OPCIONES ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

- a. Ningún tratamiento
b. _____
c. _____
d. _____

Por la presente autorizo al Dr. Garrison, Dr. Alderman o al Dr. Kelly y su equipo para realizar el/los siguientes procedimientos: _____

Doy mi consentimiento para que se me administre los siguientes anestésicos:

LOCAL

OXIDO NITROSO

SEDACION INTRAVENOSA

Me ha sido explicado que durante el curso de la cirugía, condiciones inesperadas podrían surgir las cuales necesitaran que el procedimiento original se alargara o un procedimiento diferente se llevara a cabo. En raros casos, podría no ser posible continuar con el procedimiento. Autorizo al Dr. Garrison o al Dr. Kelly y su equipo que lleven a cabo tal o tales procedimientos que sean necesarios de acuerdo con el ejercicio de una decisión profesional.

He tenido la oportunidad de discutir mi historia médica con mi doctor, incluyendo desórdenes psicológicos, uso de drogas, medicamentos que estoy tomando o otros problemas que puedan afectar mi anestesia o cirugía. He revelado con la verdad todos los aspectos de mi historia médica. Me ha sido explicado que si estoy tomando pastillas anticonceptivas métodos alternativos y adicionales de control de la natalidad serán necesarios por un ciclo completo durante el tiempo en que tome los medicamentos recetados.

Entiendo que aunque se esperan buenos resultados, la naturaleza de todas las posibles complicaciones y las diferencias individuales de cada paciente no pueden ser anticipadas y por lo tanto un resultado perfecto no puede ser prometido o garantizado.

He visto y entendido el video para el consentimiento de cirugía que me ha sido mostrado durante mi consulta.
_____ (iniciales del paciente/guardian)

Certifico que hablo, leo y escribo Español y he leído y totalmente entendido las páginas de este consentimiento para mi cirugía y que todos los espacios han sido llenados antes de firmar este documento. He discutido todo lo anterior con mi doctor y todas mis preguntas han sido contestadas a mi entera satisfacción y he elegido voluntariamente a proceder con la cirugía propuesta.

Firma del Paciente / Guardian legal

Nombre en letra impresa

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Firma del Doctor

Fecha