



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EXTRACCIÓN DE MUELAS DEL JUICIO

Entiendo que la cirugía oral o las extracciones dentales, independientemente de dónde se realicen, incluyen posibles riesgos inherentes. Estos riesgos incluyen, entre otros:

- 1. PUEDEN PRODUCIRSE LESIONES EN LOS DIENTES, EMPASTES O CORONAS ADYACENTES,** independientemente del cuidado con que se realicen los procedimientos quirúrgicos. Los empastes o coronas fracturados pueden requerir reemplazo.
- 2. SE PUEDE NOTAR DOLOR MUSCULAR O DE MANDÍBULA** después de una cirugía oral y especialmente extracciones de muelas del juicio. Cualquiera con problemas preexistentes de ATM puede ver un agravamiento de estos después de la extracción de la muela del juicio. Los síntomas de esto pueden incluir chasquidos, estallido del músculo de la ATM, dolor al abrir y rango de movimiento limitado de la mandíbula después de la cirugía. Si estos síntomas no se resuelven, se recomienda a los pacientes que llamen a nuestra oficina. Los pacientes deben notificarnos de dichas condiciones preexistentes antes de la cirugía.
- 3. REACCIONES INUSUALES A LOS MEDICAMENTOS** administrados o recetados. Es posible que se produzcan reacciones de naturaleza leve o grave a causa de los anestésicos o medicamentos administrados o recetados. Es importante tomar todos los medicamentos recetados de acuerdo con las instrucciones.
- 4. EL ALVEOLO SECO** ocurre cuando el coágulo de sangre que se forma en el alvéolo de extracción de un diente extraído se desprende y no se forma otro coágulo en su lugar. Suelen ser extremadamente dolorosos. Beber líquidos con una pajita, fumar y simplemente no seguir las instrucciones postoperatorias aumentan la probabilidad de que esto suceda.
- 5. INFECCIÓN:** no importa cuán cuidadosamente se mantenga la esterilidad quirúrgica, la cavidad bucal no es un lugar estéril, y en raras ocasiones, las bacterias de su boca pueden causar una infección posoperatoria. Si ocurre una hinchazón severa, que va acompañada de fiebre y malestar general, contáctenos de inmediato. Las infecciones postoperatorias no tratadas pueden resultar en hospitalización y posiblemente en el uso de antibióticos por vía intravenosa.
- 6. EL SANGRADO Y LOS HEMATOMAS** pueden durar horas después de la cirugía. Si persiste y aumenta su gravedad, comuníquese con nosotros de inmediato. Los hematomas pueden ser prolongados, pero tienden a limitarse a las mejillas.
- 7. PERFORACIÓN DE LOS SENOS NASALES:** en algunos casos, las puntas de la raíz de un diente superior se encuentran cerca de los senos nasales. Durante la extracción, el hueso delgado que separa la cavidad bucal de los senos nasales puede perforarse. Si esto ocurre, generalmente se observa el cierre al curar. En casos raros, es posible que sea necesario reparar el seno en una segunda cita.
- 8. FRACTURA DE LA MANDÍBULA O DE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES:** Existe la posibilidad, aunque se ejerce sumo cuidado, de que la mandíbula se fracture y requiera una derivación a un especialista para recibir tratamiento. Se puede tomar la decisión de dejar un pequeño fragmento de raíz de hueso en la mandíbula, ya que su extracción requeriría una cirugía extensa o aumentaría sustancialmente el riesgo de complicaciones durante la cirugía.
- 9. LESIÓN DE LOS NERVIOS DE LOS LABIOS, LENGUA, TEJIDOS DEL SUELO DE LA BOCA Y MEJILLAS, ETC.** Estas posibles lesiones nerviosas pueden producir entumecimiento, hormigueo, ardor y pérdida del gusto con respecto a la lengua. Estas alteraciones de la sensación suelen ser temporales y duran desde unos días hasta unos meses, sin embargo, en casos raros pueden ser permanentes.

- 10. ES MI RESPONSABILIDAD CONTACTAR AL DENTISTA Y BUSCAR ATENCIÓN EN CASO DE QUE OCURRAN CIRCUNSTANCIAS INDEBIDAS DESPUÉS DE LA OPERACIÓN Y SEGUIRÉ DILIGENTEMENTE TODAS LAS INSTRUCCIONES PREOPERATORIAS Y POSOPERATORIAS QUE SE ME DEN.**
- 11. ENTIENDO QUE EL DR. BINKOWSKI ES UN DENTISTA GENERAL AUTORIZADO CON CAPACITACIÓN EN SEDACIÓN INTRAVENOSA Y QUIRÚRGICA BASADA EN LA RESIDENCIA,** así como casi 10 años de experiencia en la extracción de muelas del juicio. Entiendo que él no es un cirujano oral y maxilofacial y elijo no ser referido a un cirujano oral y maxilofacial para este procedimiento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha dado la oportunidad de hacer todas y cada una de las preguntas sobre la naturaleza y el propósito del tratamiento quirúrgico y / o extracción de dientes y he recibido respuestas satisfactorias. Se me ha dado la opción de buscar atención con un cirujano oral y maxilofacial y asumir voluntariamente todos y cada uno de los riesgos posibles, incluido el riesgo de daño sustancial, si lo hubiera, que pueda estar asociado con cualquier fase de este tratamiento con la esperanza de obtener el tratamiento deseado. resultados, que pueden o no lograrse. No se me han hecho garantías ni promesas con respecto a mi recuperación y los resultados del tratamiento que se me brindará. Al firmar este formulario, doy libremente mi consentimiento para permitir y autorizar al Dr. Binkowski a brindar cualquier tratamiento necesario o aconsejable para mis afecciones dentales, incluidos todos y cada uno de los anestésicos y / o medicamentos.

Nombre del paciente
(en letra de imprenta)

Firma del paciente, tutor legal
o poder notarial

Fecha

Testigo del personal (impreso)

Firma del testigo

Fecha