



Tema 3.- Planificación del tratamiento quirúrgico. Consentimiento informado

Estudio clínico preoperatorio

El estudio pre-quirúrgico de los TM conlleva el examen clínico y radiológico. Para llevar a cabo el diagnóstico de un tercer molar incluido, es fundamental la exploración intra-oral, pudiendo preciar si el tercer molar ha erupcionado parcial o totalmente y realizar una evaluación del grado de apertura bucal, ya que pacientes con apertura limitada, problemas articulares o con náuseas pueden dificultar la exodoncia.

Es imprescindible realizar una correcta historia clínica, conocer las posibles enfermedades sistémicas, pacientes inmuno deprimidos aquellas situaciones que precisen tratamiento antibiótico profiláctico, la existencia de alergias conocidas y toma de medicación prestando especial atención a aquellos problemas relacionados con:

La coagulación, bien por enfermedades sistémicas, leucemias o linfomas o por la toma de fármacos como son los antiagregantes plaquetarios o los anticoagulantes. El AAS 100mg/300 mg, Clopidrogel (Plavix®) 75 mg, Ticlopidina (Tiklid®) 250 mg Trifusal (Disgren®) 300-600 mg son antiagregantes plaquetarios no se recomienda por sistema la interrupción del tratamiento, debe valorarse individualmente y en su caso retirar el tratamiento durante 3 o 5 días. Aquellos caso de pacientes tratados con anticoagulantes como Acenocumarol: Sintrom® 1mg/4mg hay controversia si retirar o no el tratamiento, una actitud conservadora es recurrir al Internacional Normalizado Ratio (INR): TP paciente/TP standard • ALTO >3.5, MEDIO 3.5-2,5 Y BAJO <2.5 Solo realizaremos la exodoncia sin retirar el tratamiento cuando este índice sea bajo menor de 2 en el momento de la cirugía

Para mas información se puede consultar la página web de fisterra salud

<http://www.fisterra.com/salud/3proceDT/anticoagulacionGUIA.asp>

Toma de bisfosfonatos , en relación con la toma de bisfosfonatos debemos disponer de información actualizada

Página web de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL

http://www.secibonline.com/web/pdf/vol1_2008_articulo_actualizacion2.pdf

Prevención de osteonecrosis maxilar inducida por bisfosfonatos intravenosos. Recomendaciones para la prevención de la osteonecrosis de los maxilares (ONM) en pacientes con cáncer tratados con bisfosfonatos intravenosos J.V. Bagán y cols Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008 May 1;13 Supl 3:161-7.

Estudio radiológico preoperatorio

Es muy importante la información que aporta la exploración radiológica. Aunque existe un amplio abanico de técnicas radiológicas (radiografía periapical, radiografía panorámica, proyección de Waters, tomografías), la radiografía panorámica es la más útil y más empleada

La ortopantomografía o radiografía panorámica representa en una única placa radiográfica una imagen general de los maxilares, la mandíbula y los dientes (Figura 1). Es la radiografía extrabucal más utilizada en odontología, cirugía bucal y maxilofacial. Su valor diagnóstico está claramente demostrado, así como su utilidad para la evaluación de los terceros molares impactados. Con respecto a las series radiográficas periapicales amplía el campo de diagnóstico en un 70% y reduce la dosis de radiación de la superficie cutánea en un 90%. Actualmente se considera un estudio rutinario y fundamental de la historia clínica inicial.

Figura 1. Ortopantomografía con un tercer inferior tipo IV



Para obtener una radiografía de buena calidad es fundamental la técnica y el adecuado posicionamiento del paciente en el aparato

Los ortopantomógrafos han experimentado una larga evolución desde su aparición, de manera que los sistemas actuales se caracterizan por tener un centro virtual de rotación continuamente en movimiento, emplear tecnología de imagen digital y guiar las trayectorias mediante un microprocesador que, según los datos memorizados y los parámetros exteriores definidos por el personal operador (edad del paciente, peso, etc.) combinan con precisión los movimientos de los motores.



La lectura de la ortopantomografía se debe realizar siempre de forma sistemática y ordenada, observando los contornos óseos y las áreas trabeculares.

La correcta interpretación de la radiografía permite diferenciar las diversas variables que influyen en el grado de dificultad de la exodoncia del TMI

El estudio radiológico de la posición anatómica del tercer molar permite el realizar el diagnóstico y planificar de manera correcta la exodoncia quirúrgica.

Tomografía computarizada (TC)

También puede denominarse tomografía axial computarizada (TAC) o escáner. Se recomienda su realización cuando en la ortopantomografía se observan signos que muestran una relación anatómica directa entre el TMI y el canal mandibular.



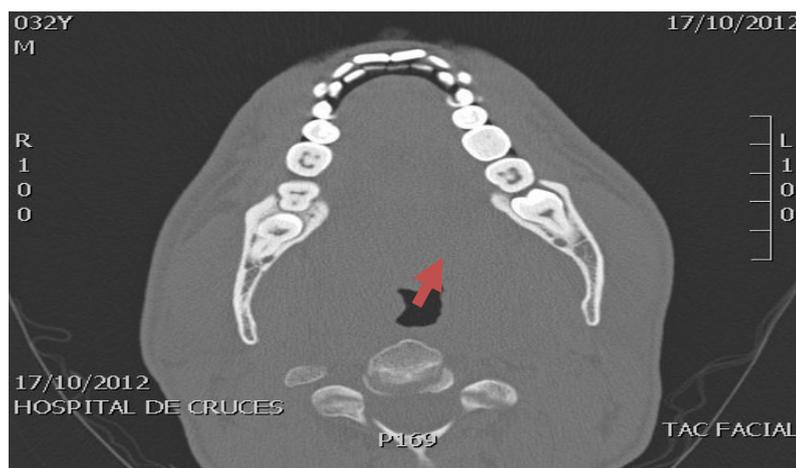
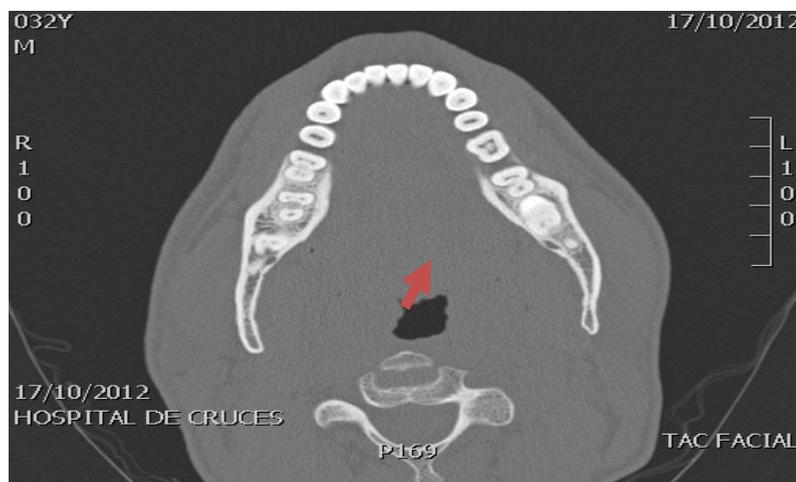
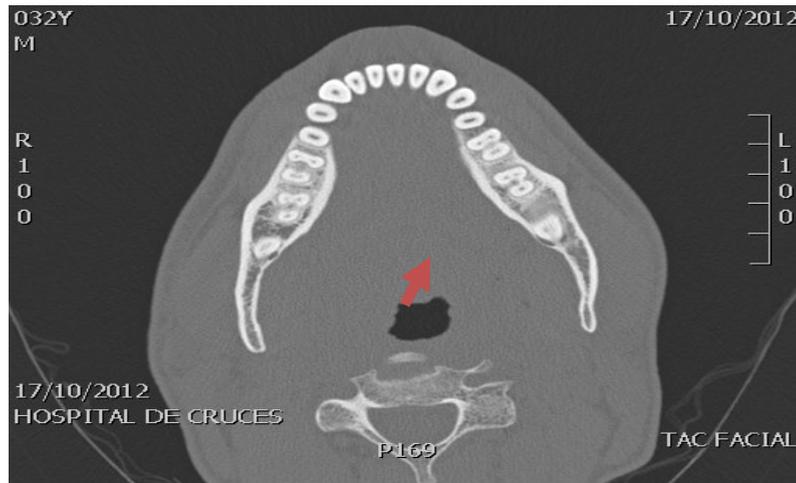
Tomografía viene del griego *τομον* que significa corte o sección y de *γραφίς* que significa imagen o gráfico. La TC es una exploración de rayos X utilizada para obtener una serie de imágenes de cortes transversales o secciones de la zona explorada. La precisión de las imágenes obtenidas es muy elevada.

Si el tercer molar se halla en íntimo contacto con el conducto dentario inferior se puede lesionar el nervio durante las maniobras de extracción, habitualmente por compresión, y con menos frecuencia por sección. Es por esto que para una identificación más precisa de las estructuras anatómicas implicadas se emplea la TC (Figura 2), pudiendo ofrecer así una mayor seguridad durante la cirugía, aunque en algunos estudios se ha encontrado que la realización preoperatoria de esta técnica no parece disminuir de manera significativa el riesgo de producir daño en el nervio durante la cirugía.

La TC es una tecnología con un rápido desarrollo. En el tomógrafo de cuarta generación, el tubo de rayos X gira en círculo y el haz de radiación es recibido por los detectores estáticos dispuestos en una circunferencia en el centro de la cual se sitúa la mesa en la que se acuesta el paciente. La mesa con el paciente avanza progresivamente mientras se realiza el disparo. El haz de radiación tiene forma de abanico, obteniéndose una sucesión de imágenes transversales llamadas cortes. A partir de estos cortes, un computador reconstruye una imagen bidimensional que permite ver secciones de la zona anatómica estudiada desde cualquier ángulo. La proyección más conveniente puede seleccionarse en el ordenador mediante el scroll del ratón. Actualmente pueden utilizarse paquetes de software tridimensionales para la visualización de las imágenes en 3D.



Figura 2. Serie de cortes axiales de una TC con TMI tipo IV comprimiendo el conducto dentario inferior





CONSENTIMIENTO INFORMADO

La información y el consentimiento forman parte de un proceso que promueve valores fundamentales en las relaciones clínicas. Entre otros la comunicación entre personas, la corrección en la actuación profesional, el trato no discriminatorio y el respeto por el derecho a decidir según las propias creencias y valores.

El proceso de información y toma de decisiones en el ámbito asistencial tiene su fundamento en los derechos humanos y concretamente en el derecho a la libertad. Dicho de otra forma, en el derecho a decidir sobre nosotros mismos en todo aquello que nos afecta. Tiene, por lo tanto, un carácter de imperativo ético, pero también de exigencia legal, como recogen la mayoría de las legislaciones occidentales.

Su aplicación práctica puede llevarse a cabo de diferentes formas, pero su enunciado expone lo que ya se denomina nuevo modelo de relación clínica, modelo al que todas las partes implicadas tienen que ir adaptándose: sanitarios, pacientes, familias, sistema asistencial y sociedad en general.

El desarrollo histórico de este derecho hay que situarlo en el contexto del movimiento de reivindicación de los derechos civiles a partir de la 2ª Guerra Mundial. También está relacionado con el desarrollo de la investigación biomédica y con algunos grandes desastres ocurridos en su nombre (Nuremberg: juicio y código), y con la crisis del modelo paternalista clásico de relación medico-enfermo frente al auge de la autonomía del paciente. Por último, también influye el hecho de que la Medicina ofrece cada vez más alternativas a situaciones antes insalvables (transplantes, reanimación, UCIs, etc.), lo que conlleva que la toma de decisiones sea más compleja.

De todo este entramado surge, como decimos, un nuevo modelo cuyo elemento más evidente es, hoy por hoy, el denominado Consentimiento Informado. En nuestro idioma, sería más correcto llamarlo Proceso de Información y Decisión o Consentimiento.

La información y la toma de decisiones en la relación clínica son momentos diferentes y relacionados de un mismo proceso que incluye:

- la elaboración de la información por parte de los profesionales,
- su transmisión y discusión,
- la comprensión y valoración por parte del paciente,
- la aceptación o no del procedimiento diagnóstico y lo terapéutico propuesto.

Cuando estos elementos son recogidos por escrito se denomina documento escrito de información y consentimiento (DIC), que no debe confundirse a efectos relacionales, éticos ni jurídicos con el proceso comunicativo de información y toma de decisiones.



Guía práctica para la elaboración de documentos de información y consentimiento.

Osakidetza84-89342-08-3

Es posible obtener información en la página web del Consejo General de Dentistas:

<http://www.consejodentistas.org>

EJEMPLOS DE CONSENTIMIENROS INFORMADOS

Se adjuntan varios ejemplos de consentimientos informados para la exodoncia de terceros molares



Dr. Joseba Santamaría Zuazua.

Cirujano Oral y Maxilofacial.

Prof. Catedrático de Patología-Médico Quirúrgica Bucal. UPV/EHU

Dr. Gorka Santamaría Arrieta.

Odontólogo. Master en Periodoncia e Implantología. EHU

Prof. Asociado. UPV/EHU



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA ORAL.

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley de Autonomía del Paciente:

Yo D/Dña.como paciente (o D/Dña..... (como su representante), en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he sido debidamente INFORMADO/A, por el Dr. Santamaría, y en consecuencia, AUTORIZO al **Dr. Santamaría**, para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado.....

.....

Me doy enterado/a de los siguientes extremos relativos a dicho procedimiento:

La cirugía oral se realiza para resolver determinados problemas de la cavidad oral, tales como: extracción de piezas dentarias o restos apicales incluidos, fenestración o tracción de dientes retenidos, plastia de frenillos labiales, extirpación de quistes maxilares y pequeños tumores de los mismos o del resto de la cavidad oral, implantes dentarios y cirugía preprotésica fundamentalmente. La intervención puede realizarse con anestesia general o local (con los riesgos inherentes a ellas), y que los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que no podré realizar ciertas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo. Todos estos procedimientos suponen un indudable beneficio, sin embargo no están exentos de complicaciones, algunas de ellas inevitables, tales como:

- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía.
- Hematoma y edema de la región.
- Hemorragia postoperatoria.
- Dehiscencia de la sutura.
- Daño de dientes adyacentes.
- Hipoestesia o anestesia del nervio dentario inferior, temporal o definitiva.
- Hipoestesia o anestesia del nervio lingual, temporal o definitiva.
- Hipoestesia o anestesia del nervio infraorbitario, temporal o definitiva.
- Infección postoperatoria.
- Osteítis.
- Sinusitis.
- Comunicación oronasal y/o orosinusal.
- Fracturas óseas.
- Rotura de instrumentos.



Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento quirúrgico. Además, en entrevista personal con el Dr. Santamaría, he sido informado/a, en términos asequibles, del alcance de dicho tratamiento, entendiendo las posibles alternativas, incluyendo el no hacer el tratamiento. En la entrevista he tenido oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de ponderar debidamente tanto sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él puedo obtener.

Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado y por ello, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me practique dicha intervención quirúrgica.

Este consentimiento puede ser revocado discrecionalmente por mí, sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones.....
.....

Y para que así conste, firmo el presente original después de leído. En

Bilbao, a..... de..... del 20 .

Firma del paciente y D.N.I.
(o su representante legal en)
caso de incapacidad).

Firma del medico.
Colegiado nº 2608 / nº 924 (

Fdo. Dr. Santamaría

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento.

Firma del testigo
D.N.I



SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES O MUELAS DEL JUICIO ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL



*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La cirugía de los terceros molares, se hace necesaria para tratar aquellos problemas que originan estas piezas dentarias, tanto en la cercanía como a distancia. La causa más frecuente de inclusiones de estos dientes es la falta de espacio en la arcada y en casos más excepcionales pueden asociar patologías como quistes, granulomas, caries, dolor locoregional, etc.

La intervención puede realizarse según los casos con anestesia general o local (con los riesgos inherentes a ellas que serán informados por su anestesista), y los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia, por lo que no podrá realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo.

Para la realización de este tratamiento es imprescindible la colaboración del paciente con una higiene oral muy escrupulosa y con visitas periódicas para control clínico y radiográfico, comprendiendo que cualquier falta de seguimiento de las mismas podrá provocar resultados inferiores a los esperados.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Evitar la formación o crecimiento de quiste o granulomas, evitar los episodios de pericoronaritis alrededor de las piezas dentales afectadas, evitar caries dentales en dientes vecinos, facilitar la realización de procedimientos de cirugía ortognática, evitar dolor o inflamaciones locales o regionales (que ocasionalmente pueden desencadenar infecciones graves en cavidad oral que se pueden extender al cuello poniendo en riesgo la vida del paciente), y otros que según su caso particular le indicará su cirujano.

En su caso:

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Controles periódicos hasta aparición de complicaciones. Y llegado el momento de su aparición, reevaluación del caso. Así el paciente decidirá el tratamiento oportuno, tras asesoramiento de su cirujano oral y maxilofacial.

En su caso:

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Inflamación local, dolor variable, dificultades para la alimentación, apertura de la boca, habla, según los casos, durante aproximadamente 3-7 días.

En su caso:

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Persistencia de las molestias, inflamaciones, dolor, etc. que motivan la consulta para la exodoncia de los

C. INFORMADO DE EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES O MUELAS DEL JUICIO





Además, y en su caso particular el cirujano le hará constar los riesgos específicos en su caso:

RIESGOS FRECUENTES

1. Hematoma e hinchazón de la zona operada.
2. Hemorragia postoperatoria.
3. Apertura de los puntos de sutura (dehiscencia).
4. Dolor.
5. Infección de los puntos de sutura. En su caso:

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

1. Daño a los dientes vecinos.
2. Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior).
3. Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o definitiva (de la lengua y del gusto en el lado operado).
4. Falta de sensibilidad parcial o total del nervio infraorbitario (de la mejilla), temporal o definitiva.
5. Infección de los tejidos o del hueso.
6. Sinusitis.
7. Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
8. Fracturas óseas.
9. Desplazamiento de dientes a estructuras vecinas.
10. Tragado o aspiración de dientes o de alguna de sus partes
11. Rotura de instrumentos. Rotura de la aguja de anestesia.

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA

C. INFORMADO DE EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES O MUELAS DEL JUICIO

C/ Obispo Rafael Torija, s/n- 13005 CIUDAD REAL – Telf: 926 27 80 00 – Fax: 926 27 85 02

Página



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCIONES DENTALES

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNÓSTICO:

Hechos a considerar

*Se requieren las iniciales
del paciente*

Una extracción significa sacar uno o más dientes. Dependiendo de su condición, esto puede exigir que los dientes sean seccionados o que el tejido de la encía o hueso sea recortado. Si aparece alguna dificultad inesperada durante el tratamiento, es posible que le envíe a un cirujano oral, que es un especialista en cirugía dental.

Una vez que el diente es extraído, usted tendrá un espacio que tal vez desee llenar con un aparato fijo o removible. Tal vez sea necesario reemplazar los dientes faltantes para evitar el movimiento de los dientes adyacentes y/u opuestos y mantener su función, o por razones de apariencia estética. Se le explicarán las opciones de recibir un aparato fijo o removible.

Como con todos los procedimientos quirúrgicos, las extracciones no son perfectamente seguras. Ya que cada persona es única y responde de manera diferente a la cirugía, el proceso de cicatrización puede variar y no es posible brindar ninguna garantía.

Entre otros, los beneficios de la extracción son los siguientes:

El tratamiento propuesto debería ayudar a aliviar sus síntomas y tal vez también le permita proceder con el tratamiento propuesto adicional.

Entre otros, los riesgos de la extracción son los siguientes:

Entiendo que después del tratamiento puedo experimentar pérdida de sangre, dolor, inflamación y molestias durante varios días, síntomas que podrán ser tratados con medicamentos para el dolor. Es posible que después de la extracción aparezca una infección que deberá ser tratada con antibióticos u otros procedimientos. Me pondré en contacto con la oficina del dentista de inmediato si los síntomas persisten o empeoran.

Entiendo que tal vez reciba anestesia local y/u otros medicamentos. En ocasiones muy raras, el paciente experimenta una reacción a la anestesia, lo cual puede requerir atención médica de emergencia; o el paciente nota que se reduce su habilidad de controlar el tragado. Esto aumenta las posibilidades de tragar objetos extraños durante el tratamiento. **Dependiendo de la anestesia y los medicamentos aplicados, es posible que necesite designar a un conductor para llevarme a casa.** Raramente, una inyección puede causar daños temporarios o permanentes al nervio.

Entiendo que todos los medicamentos pueden ser peligrosos y pueden tener efectos secundarios y contraindicaciones con otras drogas. Por lo tanto, es fundamental que le diga a mi dentista todos los medicamentos que estoy tomando en la actualidad, los cuales son:

Entiendo que mantener mi boca abierta durante el tratamiento puede hacer que mi mandíbula quede temporalmente endurecida y dolorida, y tal vez me sea difícil abrir totalmente la boca durante varios días. Sin embargo, de vez en cuando, esto puede indicar la existencia de un problema adicional. Debo avisar a la oficina del dentista si surge este u otro problema.

Entiendo que el coágulo de sangre necesario que se forma en la cavidad puede desintegrarse o desprenderse. Esta afección dolorosa, llamada cavidad seca, dura una semana o más y es tratada colocando un vendaje con medicamento dentro de la cavidad dejada por el diente para ayudar a la cicatrización. Para disminuir las probabilidades de tener una cavidad seca, no debo fumar, beber usando una pajilla, enjuagarme la boca con agua o enjuague bucal, masticar comida en ese área, o molestar de modo alguno la cavidad durante las primeras 24 a 48 horas.

Entiendo que los instrumentos utilizados para extraer un diente pueden accidentalmente romper o dañar dientes adyacentes, lo cual podría exigir un tratamiento adicional para restaurar su apariencia o su función.

Entiendo que los dientes superiores pueden tener raíces que se extienden casi hasta los senos nasales. Al quitar estos dientes es posible que quede un pequeño orificio temporario hacia dichos senos nasales. Es posible que necesite un tratamiento adicional y antibióticos para evitar una infección en la cavidad sinusal y para ayudar a cerrar este orificio.

Entiendo que una extracción puede causar una fractura en el hueso circundante. De vez en cuando, el diente a ser extraído puede estar fusionado con el hueso que lo rodea. En ambas situaciones, es necesario aplicar un tratamiento adicional. En el lugar de la extracción pueden aparecer fragmentos de hueso denominados "espículas", que generalmente son fáciles de extraer.

Entiendo que pueden quedar fragmentos de diente en el lugar de la extracción después de un tratamiento a causa de la condición y la posición del diente/de los dientes. En general, esto no causa problemas, pero en raras ocasiones los fragmentos se infectan y deben ser extraídos.

Entiendo que los nervios que controlan las sensaciones de mis dientes, encías, lengua, labios y mentón corren a través de mi mandíbula. Dependiendo del diente a ser extraído (en especial los dientes inferiores, o los terceros molares), de vez en cuando puede ser *imposible* evitar tocar, mover, estirar, resentir, o cortar un nervio. Esto podría cambiar las sensaciones normales en cualquiera de estas áreas, causando picazón, cosquilleo o quemazón, o la pérdida de toda sensación. Estos cambios pueden durar entre varias semanas y varios meses, y en algunos



casos, indefinidamente.

Entre otras, las consecuencias si no se administra ningún tratamiento son las siguientes:

Entiendo que si no se realiza ningún tratamiento, es posible que continúe experimentando síntomas que pueden incluir dolor y/o infección, deterioro del hueso que rodea mis dientes, cambios en mi mordedura, molestias en la articulación de mi mandíbula, y posiblemente, la pérdida prematura de otros dientes.

Entre otros, los tratamientos alternativos, si la extracción no es la única solución, son los siguientes:

Entiendo que dependiendo de mi diagnóstico, es posible que existan alternativas a una extracción que involucrarán otras disciplinas de la odontología. Le he preguntado a mi dentista sobre ellas y sus respectivos costos. Mis preguntas sobre los procedimientos y sus riesgos, beneficios y costos han sido contestadas satisfactoriamente.

Alternativas discutidas:

Nadie me ha dado una garantía ni me ha asegurado que el tratamiento o la cirugía propuestos curarán o mejorarán las afecciones mencionadas más arriba.

Se me ha dado la oportunidad de formular preguntas y doy mi consentimiento para la extracción del diente(s)

número tal y como lo describe anteriormente el Dr. .

Me niego a dar mi consentimiento para el tratamiento propuesto según se describe arriba y entiendo las consecuencias potenciales asociadas con esta negativa.

Firma del paciente o del representante del paciente Fecha

Doy fe de que he discutido los riesgos, los beneficios, las consecuencias y alternativas a la extracción con (nombre del paciente) quien ha tenido oportunidad de formular preguntas, y en mi opinión, mi paciente entiende lo que

se le ha explicado.

Firma del dentista Fecha

Firma del testigo Fecha

Spanish - Extractions

9/2009