



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTE Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON IMPLANTE
CON EL DR. KOOS D.D.S., M.D (PÁG. 1 DE 4)

Por favor poner sus iniciales en cada párrafo después de leer. Si tiene alguna pregunta, favor preguntar a el doctor Antes de poner sus iniciales.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

____1. Solicito y autorizo al Dr. Koos y sus asistentes para llevar a cabo la colocación quirúrgica de implantes dentales en mí. Esto ha sido recomendado por mi dentista y/o cirujano maxilofacial oral como una opción para reemplazar mis dientes naturales. Los implantes dentales son anclas de metal colocadas dentro de la mandíbula por debajo de la línea de la encía. Postes pequeños se unen a los implantes y dientes artificiales o dentaduras se sujetan a los postes. Muchos pacientes necesitan dos procedimientos quirúrgicos para instalar los implantes. El primer procedimiento consiste en perforar agujeros pequeños en la mandíbula y colocación de los anclajes. Una prótesis temporal podrá ser usada por un par de meses, mientras anclas se enlazan con la mandíbula y las encías y el hueso sane. El segundo procedimiento descubrirá los implantes para permitir la inserción de los postes. Después de que los postes estén en su lugar, los dientes de reemplazo, en forma de arreglos o de puente o prótesis removibles, son sujetados a los postes. Dependiendo de la condición de la boca, los injertos de hueso o tejido guía regeneración también será necesario para instalar los anclajes y los postes. Los beneficios potenciales de este procedimiento incluyen el reemplazo de los dientes naturales o dentaduras postizas.

____2. He optado por someterme a este procedimiento después de considerar las formas alternativas de tratamiento para mi problema, que incluyen no tratamiento en absoluto, dentaduras postizas parciales o completas o puentes fijos o removibles. Cada una de estas formas alternativas de tratamiento tiene sus propios beneficios potenciales, riesgos y complicaciones.

____3. Doy mi consentimiento a la administración de la anestesia u otros medicamentos si son recomendados por el médico antes, durante o después del procedimiento. Entiendo que todos los anestésicos o sedantes implican la posibilidad muy rara de riesgos o complicaciones tales como daños a órganos vitales como el cerebro, corazón, pulmón, hígado, riñones, parálisis, paro cardiaco y muerte por causas conocidas y desconocidas

____4. Entiendo que hay posibles riesgos, complicaciones y efectos secundarios asociados con cualquier procedimiento de cirugía oral. Aunque es imposible enumerar todos los posibles riesgos, complicaciones y efectos secundarios, se me ha informado de algunos de los posibles riesgos, complicaciones y efectos secundarios de la cirugía de implante dental que puede incluir, pero se limita a lo siguiente:

*Postoperatoria molestia e hinchazón.

*Sangrado.

*Postoperatoria infección.

*Lesión o daño a los dientes adyacentes, o las raíces de los dientes.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTE Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON IMPLANTE
CON EL DR. KOOS D.D.S., M.D (PÁG. 2 DE 4)**

- *Lesiones o daños a los nervios en la mandíbula inferior, causando entumecimiento temporal o permanente y hormigueo en la barbilla, labios, mejilla, las encías o lengua.
- *Capacidad limitada para abrir la boca debido a la hinchazón y el dolor muscular o tensión en las articulaciones de la mandíbula (articulación temporomandibular ATM).
- *Fractura de la mandíbula.
- *Pérdida de hueso de la mandíbula.
- *Penetración en la cavidad del seno.
- *Fallo mecánico en el ancla, poste o los dientes adjuntos.
- *Fracaso del mismo implante.
- *Reacción alérgica o adversa a algún medicamento.

____5. La mayoría de los riesgos, complicaciones y efectos secundarios no son graves o no ocurren con frecuencia. Pero a pesar de que estos riesgos, complicaciones y efectos secundarios pueden ocurrir muy raramente a veces ocurren y no se puede predecir ni prevenir por el cirujano oral y maxilofacial que realiza el procedimiento. Aunque la mayoría de procedimientos han dado buenos resultados, reconozco que ninguna garantía se me ha hecho acerca de los resultados de este procedimiento o la ocurrencia de los riesgos, complicaciones y efectos secundarios. Estos riesgos y complicaciones potenciales, podría resultar en la necesidad de repetir el procedimiento; extraer los implantes, o someterse a un tratamiento dental, médico o quirúrgico o procedimientos adicionales, hospitalización o transfusiones de sangre. Muy rara vez los riesgos potenciales y las complicaciones podrían resultar en una discapacidad permanente o muerte. Reconozco que durante el curso del tratamiento, las condiciones imprevisibles pueden requerir tratamiento o procedimientos adicionales. Yo solicito y autorizo a mi cirujano oral y maxilofacial y otro personal médico calificado para llevar a cabo dichos tratamientos o procedimientos requeridos.

____6. Doy consentimiento a la administración de la anestesia, incluidos los locales, por vía intravenosa, inhalación y/o anestesia general en conjunción con el procedimiento(s) mencionado anteriormente y con el uso de dichas anestesia que considere conveniente el Dr. Koos y sus colaboradores o ayudantes. Comprendo que todos los anestésicos o sedantes implican la posibilidad muy rara de riesgos o complicaciones tales como daños a órganos vitales como el cerebro, hígado, pulmones, corazón, riñones, parálisis, paro cardíaco y/o muerte por causas conocidas y desconocidas.

____7. Medicamentos, drogas, anestésicos y recetas pueden provocar somnolencia y falta de conocimiento y coordinación, que puede ser aumentado por el uso de alcohol u otras drogas, por lo que se me ha aconsejado que no funcionar ningún vehículo, automóvil o dispositivos peligrosos, o trabajar, mientras esté tomando estos-



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTE Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON IMPLANTE
CON EL DR. KOOS D.D.S., M.D (PÁG. 3 DE 4)

medicamentos y/o drogas hasta que esté totalmente recuperado de los efectos de la misma. Entiendo y estoy de acuerdo en no hacer funcionar ningún vehículo o dispositivos peligrosos, por lo menos, veinticuatro horas después de mi liberación de la cirugía o hasta que esté completamente recuperado de los efectos de la medicación anestésica y los fármacos que pueden haberse me dado en la oficina o el hospital para mi cuidado. Me comprometo a no conducir a mi casa después de la cirugía y tener a un adulto responsable que me conduzca o me acompañe a casa después de dárseme de alta de la cirugía.

___ 8. Ninguna garantía o seguridad se me ha dado de que el propósito será el tratamiento curativo y/o el éxito a mi entera satisfacción. Debido a las diferencias de cada paciente existe un riesgo de fracaso, recaída, nuevo tratamiento selectivo, o el empeoramiento de mi estado actual a pesar de la atención prestada. Sin embargo, es el dictamen del doctor que la terapia sería útil, y que el empeoramiento de mi enfermedad podría ocurrir sin el tratamiento recomendado.

___ 9. He tenido la oportunidad de discutir con el médico, la historia médica pasada e historia de salud, incluyendo los problemas graves y/o lesiones.

___ 10. Estoy de acuerdo en cooperar completamente con las recomendaciones del médico mientras esté bajo su cuidado, dándome cuenta de que la falta de la misma podría resultar en menos del resultado óptimo.

___ 11. Estoy de acuerdo en dar su consentimiento a cualquier y todos los procedimientos adicionales que sean necesarios, ya sea electiva o de emergencia, que puedan surgir durante o después de la cirugía, mientras yo soy físicamente incapaz de dar consentimiento debido a la anestesia o incapacidad, con el fin de completar el tratamiento o para tratar una complicación que haya surgido durante la cirugía o la anestesia.

___ 12. El precio por los servicios me ha sido explicado y me es satisfactorio.

___ 13. Yo certifico que he leído o se me ha leído el contenido de este formulario. He leído o se me ha leído y voy a seguir las instrucciones para el paciente en relación con este procedimiento. Entiendo los posibles riesgos, complicaciones y efectos secundarios envueltos con cualquier tratamiento o procedimiento de cirugía oral y he decidido continuar con este procedimiento después de considerar la posibilidad de riesgos conocidos y desconocidos, complicaciones, efectos secundarios y alternativas al procedimiento. Declaro que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

___ 14. Pido y autorizo los servicios médicos/dentales para mí, incluyendo la cirugía de implante dental y otras cirugía. Entiendo perfectamente el procedimiento previsto, cirugía o condiciones de tratamiento que pueden hacerse evidentes que justifican, a juicio del médico, otros tratamientos alternativos pertinentes para el éxito de un tratamiento integral. Asimismo, apruebo las modificaciones en el diseño, materiales, o cuidados, si se-



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTE Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON IMPLANTE
CON EL DR. KOOS D.D.S., M.D (PÁG. 4 DE 4)**

considera que esto es para mi mejor interés. Si una condición de imprevisto en el curso del tratamiento se requiere para el cumplimiento de los procedimientos adicionales o diferentes de la que ahora contempla autorizo y dirijo a mi médico, asociado o asistente, para hacer lo que consideren necesario y conveniente, dadas las circunstancias, incluida la decisión de no seguir con el procedimiento de.

____15. Doy mi consentimiento a la fotografía, filmación, grabación, rayos X, y el personal profesional adicional observando el procedimiento que se realizó para el adelanto de la odontología de implantes, siempre que mi identidad no sea revelada.

____16. Yo certifico que hablo, leo y escribo en inglés y, como tal, han leído y entendido este consentimiento para la cirugía.

Firma del paciente (o tutor legal): _____

Fecha: _____

Firma del Doctor: _____

Fecha: _____

Firma del testigo: _____

Fecha: _____