



2230 North University Parkway Suite 8A, Provo, Utah 84604
Telephone: (801) 370-0050

515 South 100 East, Salt Lake City, Utah 84102
Telephone: (801) 656-6995

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA

Nombre del paciente

Fecha

Yo autorizo a Dr. Heath Hendrickson y a su personal para llevar a cabo el siguiente procedimiento:
EXTRACCION DE LAS MUELAS TERCERAS (MUELAS DEL JUICIO) BAJO IV Sedación
O: _____

Favor de poner sus iniciales bajo cada párrafo después de leerlo. Si tiene cualquier pregunta, por favor pregunte al doctor.

1. Yo entiendo que hay consecuencias de cirugía y de la administración de drogas y anestesia, lo cual incluye (pero no es limitado a): dolor y incomodidad, inflamación, pérdida de sangre, moretones y infección. Cambios en la habilidad de abrir y cerrar la mandíbula y menos flexibilidad debido al estrés en la articulación de la mandíbula (TMJ) pueden ocurrir. También existe la posibilidad que se dañen los dientes adyacentes o otro tejido de la boca, fractura de hueso/mandíbula, curación demorada, cuenca seca o reacciones no esperadas a las drogas o alergias.

_____ initials
2. Con la extracción de dientes, yo entiendo que podría haber daño no esperado a dientes adyacente o a empastes, cimas filosas o astilla de hueso que podrían requerir mas cirugía para planar o sacar, cuenca seca la cual requerirá atención adicional, o fragmentos pequeños de las raíces de los dientes que se podría quedar en lugar para evitar daño a las estructuras vitales tal como nervios o el seno.

_____ initials
3. Las raíces de la parte abajo de los dientes pueden estar muy cerca del nervio y la cirugía puede resultar en dolor o una sensación que la barbilla, labios, mejilla, encía, dientes, o lengua, esta dormida, y esa sensación puede durar por semanas, meses, o raramente puede ser permanente. En los dientes superiores, donde las raíces están más cerca del seno, una infección de seno puede desarrollarse, la tapa de la raíz puede entrar en el seno y/o una abertura de la boca al seno puede ocurrir que podría requerir medicación o cirugía en el futuro.

_____ initials
4. **RIESGOS DE LA ANESTESIA** incluye: incomodidad, inflamación, la formación de moretones, infección y reacciones alérgicas. Puede haber inflamación en el sitio de una inyección intravenoso (flebitis), lo cual puede causar incomodidad prolongada y/o discapacidad y podría requerir atención adicional. Náusea y vómito, que no son comunes, pueden ser efectos secundarios desafortunados de la IV anestesia. Anestesia intravenosa es un procedimiento medical muy serio y, aunque es considerado seguro, lleva consigo los riesgos raros de irregularidades de corazón, infartos, derrame cerebral, daño cerebral o muerte.

_____ initials

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA(p.2)

5. SU OBLIGACION SI IV ANESTESIA SE USA

- a. Debido a que medicaciones de anestesia causan una marea prolongada, usted **TIENE QUE** estar acompañado por un adulto responsable para que lo lleve a casa y para estar con usted hasta que se recupere bastante para cuidarse de si mismo. Esto podría tomar 24 horas.
- b. Durante el tiempo de recuperación (24 horas) no debe manejar, operar maquinaria complicada o aparatos o tomar decisiones importantes tal como firmar documentos, etc.
- c. Usted tiene que tener un estomago completamente vacío. **ES VITAL QUE NO COMA O BEBA POR 6 HORAS ANTES QUE SU ANESTESICO. DE NO SER ASI PODRIA AMENAZAR SU VIDA!**
- d. Sin embargo, es importante que tome cualquier medicamento regular (presión alta, antibióticos, etc.) o medicamentos proveidos por esta oficina, usando solo un trago pequeño de agua.

initials

6. Yo entiendo que no hay garantía que se puede prometer y doy mi consentimiento voluntario para este tratamiento. Me doy cuenta que mi doctor puede descubrir condiciones requiriendo cirugía diferente de la que estaba planeada, y doy mi permiso para esos procedimientos adicionales que son avisables en el ejercicio del juicio profesional.

initials

INFORMACION PARA PACIENTES QUE SON MUJERES

7. Yo he informado a mi doctor acerca de mi uso de pastillas del control de la natalidad. Me han avisado que ciertos antibióticos y otras medicaciones pueden neutralizar los efectos preventivos de las pastillas del control de la natalidad, permitiendo la concepción y el embarazo. Yo estoy de acuerdo que voy a consultar con mi doctor personal para iniciar formas adicionales del control de la natalidad durante el período de mi tratamiento y para continuar esos métodos hasta que me avise mi doctor personal que yo puedo volver al uso de las pastillas del control de la natalidad.

initials

CONSENTIMIENTO

Mi firma abajo significa que todas las preguntas se han contestado a mi satisfacción con respecto a este consentimiento y yo entiendo completamente los riesgos involucrados con la cirugía propuesta y anestesia. Yo verifico que hablo, leo, y escribo español.

Firma del Paciente (o tutor legal)

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Conductor

Edad

Número Telefónico