DEPARTAMENTO CORRECCIONAL DE OKLAHOMA
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL
(Consent for Dental Treatment)

Facilidad: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Por la presente autorizo a _____ y a su(s) asistente(s) a realizar la siguiente operación, procedimiento o tratamiento:

Diagnóstico: _____

Procedimiento: _____

Número(s) de diente y descripción: _____

Opciones alternativas: _____

1. He sido informado y comprendo que los riesgos potenciales relacionados con este procedimiento quirúrgico incluyen, entre otros: Dolor, hinchazón, sangrado, infección, hematomas, retraso en la curación, cicatrices, daño a otros dientes y/o raíces que pueden resultar en la necesidad de reparación o pérdida de dientes, diente/dientes flojos, daño a los aparatos dentales, grietas y/o estiramientos de las comisuras de la boca, cortes dentro de la boca o en los labios, fractura de mandíbula, estrés o daño a las articulaciones de la mandíbula (ATM), dificultad para abrir la boca o masticar, reacción alérgica y/o adversa a medicamentos y/o materiales ; Lesión nerviosa que produce alteración o pérdida de sensibilidad, entumecimiento, dolor o sensación alterada en la cara, mejillas, labios, barbilla, dientes, encías y/o lengua (incluida la pérdida del gusto). En algunos casos puede ser permanente.; alveolitis seca (curación lenta) que provoca dolor en la mandíbula que aumenta unos días después de la cirugía; se pueden formar crestas afiladas o astillas de hueso donde se extrajo el diente, lo que posiblemente requiera cirugía adicional; se puede dejar parte del diente y/o de las raíces para evitar daños a los nervios u otras estructuras; Puede ocurrir una abertura (perforación sinusal) desde la boca hacia las cavidades nasales o sinusales y puede requerir cirugía adicional.

2. He sido informado y comprendo que los riesgos potenciales asociados con la anestesia incluyen, entre otros: Lesión nerviosa que produce alteración o pérdida de sensibilidad, entumecimiento, dolor o sensación alterada en la cara, mejillas, labios, barbilla, dientes, encías y/o lengua (incluida la pérdida del gusto). Estas condiciones pueden resolverse con el tiempo, pero en algunos casos pueden ser permanentes. Reacciones alérgicas o adversas a medicamentos o materiales, dolor, enrojecimiento, irritación, hematomas, hinchazón, náuseas, vómitos, desorientación, confusión, falta de coordinación, somnolencia, sobredosis, complicaciones cardíacas y respiratorias que pueden provocar daño cerebral, derrame cerebral, ataque cardíaco. (paro cardíaco) o muerte.

3. Me han informado y entiendo que es posible que se necesiten visitas, evaluaciones, tratamientos o cirugías adicionales y/u hospitalización.

4. Me han informado y entiendo que la política del DOC no permite el reemplazo de dientes extraídos hoy.

5. He sido informado y entiendo que no se ha dado ninguna garantía sobre el resultado deseado que pueda obtenerse.

6. Si surge alguna condición imprevista en el curso de la operación, procedimiento o tratamiento que requiera el juicio del proveedor adicional o diferente a las ahora contempladas, además solicito y autorizo al proveedor a hacer lo que considere necesario.

Responsabilidades del paciente:

Me han informado de mi diagnóstico, el procedimiento planificado y los riesgos, beneficios y alternativas asociados con el procedimiento. He proporcionado un historial médico preciso y completo, que incluye todas las afecciones dentales/médicas pasadas y presentes, medicamentos recetados y no recetados, cualquier alergia, uso de drogas recreativas y embarazo (si corresponde). Entiendo que el uso de tabaco y alcohol es perjudicial para el éxito de mi tratamiento. Acepto seguir todas las instrucciones que me proporciona esta oficina, tomar los medicamentos según lo recetado, practicar una higiene bucal adecuada, asistir a todas las citas, programar citas de regreso si surgen complicaciones y completar la atención. Informaré a mi médico de cualquier problema postoperatorio a medida que surja. Mi incumplimiento podría resultar en complicaciones, riesgos o resultados no óptimos. Entiendo y acepto que el médico no puede garantizar los resultados del procedimiento. Tuve tiempo suficiente para leer (o me leyeron) este documento, comprender las declaraciones anteriores y tuve la oportunidad de obtener respuestas a todas mis preguntas. Al firmar este documento, reconozco y acepto los posibles riesgos y complicaciones del procedimiento y acepto continuar.

Marque una de las casillas a continuación que describa su situación:

☐ He leído y entiendo completamente los términos de este consentimiento y reconozco que las explicaciones a las que se hace referencia fueron hechas y que se hayan llenado todos los espacios en blanco.

OR

☐ No hablo ni leo inglés y un intérprete me ha explicado este consentimiento. Entiendo completamente los términos de este consentimiento. y reconocer que se dieron las explicaciones mencionadas y que se han llenado todos los espacios en blanco.

Nombre de la intérprete _____ Firma de la intérprete _____

Firma del recluso _____ Fecha _____

Firma del testigo _____ Fecha _____

Certifico que le he explicado al paciente la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos conocidos, complicaciones y alternativas al procedimiento propuesto. El paciente ha manifestado que comprende la información proporcionada. He respondido todas las preguntas según mi leal saber y entender y creo que el paciente comprende completamente lo que le he explicado.

Doctor's Signature_____ Date_____

Inmate Name (Last, First) DOC Number