

Park Family Dental
24047 w. Lockport St. suite 207
Plainfield, IL
(815) 267-7878

AUTORIZACION PARA CIRUGIA ORAL Y ANESTESIA

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Esta es mi autorizacion para el Dr. Roh y/o cualquier cirujano oral y maxilofacial trabajando con el/ella para realizar el siguiente tratamiento quirurgico:

_____ como me fue explicado previamente, u otros procedimientos que se consideren necesarios o adecuados, conforme a las necesidades para completar la operacion o el tratamiento planeado.

Yo entiendo que el proposito de la cirugia/procedimiento, es el de tratar y dentro de lo possible, corregir las enfermedades en los tejidos orales y maxilofaciales. El Dr. Roh me ha hecho notar que si esta condicion o enfermedad persiste sin tratamiento o cirugia, mi condicion actual puede empeorar con el tiempo, y el riesgo para mi salud puede incluir, pero no limitarse a lo siguiente: inflamacion, dolor, infeccion, quistes, enfermedad parodontal (encias), caries, mal oclusion, fractura y/o perdida premature de hueso. He sido informado de metodos alternativos disponibles para mi tratamiento, si es que existen.

El Dr. Roh me ha explicado que existen ciertos riesgos potenciales y relacionados en cualquier tratamiento o procedimiento, y que en esta situacion especifica, dichos riesgos incluyen, pero no se limitan a:

- _____ 1. Malestar postoperatorio e inflamacion, que pueden requerir varios dias de recuperacion en casa.
- _____ 2. Sangrado intenso, que puede ser prolongado.
- _____ 3. Lesion al diente adyacente y a las amalgamas o empastes.
- _____ 4. Infeccion post operatoria, requiriendo tratamiento adicional.
- _____ 5. Estiramiento de la comisura labial con la aparicion de escoriaciones como resultado de ello.
- _____ 6. Limitacion de la apertura bucal por varios dias.
- _____ 7. Decision de dejar un pequeno fragmento de raiz en el hueso cuando su extraccion requiera cirugia extensiva.
- _____ 8. Fractura de la mandibula.
- _____ 9. Lesion del nervio cercano al diente, resultando en cosquilleo o adormecimiento del labio, barba, encias, mejilla, dientes, y/o lengua del lado operado, pudiendo persistir por dias, semanas, o meses y poco comun; permanentemente.
- _____ 10. Invasion de los senos maxilares (cavidad normal situada sobre los dientes superiors) requiriendo cirugia adicional.
- _____ 11. Otras.

Estoy de acuerdo y comprendo que no debo comer ni beber por 8 horas previas a la

cirugia. _____

Doy mi autorizacion para la administracion de anestesia local y/o general, como el Dr. Roh juzgue necesario, y/o sus asistentes designados para completar el procedimiento propuesto.

Los medicamentos, farmacos, anestésicos y recetas, pueden causar mareo, pérdida de conocimiento, reflejos y coordinación, lo cual puede incrementarse por el uso de alcohol, drogas o medicamentos, por lo que he sido advertido de no manejar ningún vehículo, automóvil o equipo de alto riesgo o peligroso, o trabajar mientras este tomando tales medicamentos y/o farmacos; o hasta estar completamente recuperado(a) de sus efectos. Entiendo y estoy de acuerdo que no debo manejar ningún vehículo o equipo peligroso o de alto riesgo por lo menos 24 horas después de la cirugía o hasta la recuperación de los efectos de la anestesia o medicamentos que me hayan sido administrados en el consultorio u hospital. Estoy de acuerdo en no manejar, por mi mismo después de la cirugía, y que tedre como acompañante, a un adulto responsable para manejar y llevarme a casa después de ser dado de alta de la operación.

Yo entiendo que ciertos riesgos anestésicos pueden incluir dano a mi cuerpo y que esto relacionado a cualquier procedimiento que requiera un anestésico general.

Si cualquier condicion no prevista apareciera en el curso de la operación, de acuerdo al juicio del Dr(a), o la necesidad de procedimientos adicionales o diferentes a los anteriormente planeados, yo solicito, yo solicito y autorizo al Dr(a) para hacer lo que considere adecuado.

Ninguna garantía se me ha dado, de que el tratamiento propuesto será curativo y/o satisfactorio para mi mismo, debido a las diferencias individuales, existe el riesgo de fracaso, recurrencia, tratamiento selectivo o agravamiento de mi condición actual, a pesar del cuidado administrado. Sin embargo, es la opinión del Dr.(a), que el tratamiento será beneficioso, y que el progreso de la enfermedad sería más temprano sin el tratamiento sugerido.

He tenido la oportunidad de discutir con el Dr. Roh mi historial médico, incluyendo cualquier problema serio.

Acepto cooperar completamente con las recomendaciones del Dr. mientras este bajo su cuidado, sabiendo que la falta de cooperación puede provocar resultados desfavorables.

Certifico que he tenido la oportunidad de leer y entender completamente los términos y palabras de este consentimiento para cirugía, y que los espacios en blanco han sido completados en los párrafos aplicables, siendo marcados antes de que yo firmara.

El paciente debe colocar sus iniciales en cada párrafo después de haberse leído.

Fecha _____

Paciente, padre, o guardian _____

Testigo _____

Testigo _____

Doctor _____