

Wyckoff

Wyckoff Heights Medical Center
374 Stockholm Street
Brooklyn, New York 11237

**CONSENTIMIENTO PARA ANESTESIA Y
EXTRACCION DE DIENTE**



MIRN:W550107470 L TRIMAGE ARRIVAL
Perez, Ignacio M 43y
Emergency 03-07-23
ACC:W0351252425 ADM 03-27-1972
W0351252425

Nombre del Paciente: [REDACTED] Fecha: [REDACTED]

Ocupación: [REDACTED] o su/su colega/s asociados o existentes en Wyckoff Heights Medical Center, realicen
en el paciente mencionado anteriormente, el siguiente procedimiento: [REDACTED]

Diagnóstico es: [REDACTED]

Tratamiento Planeado para Ud. es: [REDACTED]

Tratamiento Alternativo: métodos incluyen (si hay alguno) [REDACTED]

Entiendo que estas y otras formas de tratamiento o ningún tratamiento en absoluto son opciones que tengo a mi disposición y que se me han presentado los
riesgos de cada una de estas opciones.

Por Favor escriba sus iniciales en cada párrafo después de leerlo. Si tiene alguna pregunta, favor consulte a su doctor antes de escribir sus iniciales.

La extracción dental es un proceso permanente. Aun siendo fácil o difícil, sigue siendo un procedimiento quirúrgico. Todas las cirugías tienen algunos riesgos.
Estos incluyen los siguientes, entre otros:

- PL 1. Hinchazón, moretones y dolor.
- PL 2. El estiramiento de los músculos de la boca que pueda conducir al espasmo o moretones.
- PL 3. Una posible infección que pueda necesitar tratamiento adicional.
- PL 4. La afeción seca - dolor en la mandíbula que comienza pocos días después de la cirugía, necesitando, por lo general, atención adicional.
- PL 5. Posible daño a otros dientes cerca de los que están siendo removidos, más a menudo los que tienen grandes empastes o coronas.
- PL 6. Entumecimiento, dolor o cambios en la sensación de los dientes, encías, labios, barbilla, lengua (incluyendo la posible pérdida del sentido del gusto) y/o en áreas de la piel de la cara, desaparece, pero en algunos casos, puede ser permanente.
Incluyendo la posible pérdida del sentido del gusto y/o en áreas de la piel de la cara, desaparece, pero en algunos casos, puede ser permanente.
- PL 7. El Trismo - Dificultad al abrir la boca.
- PL 8. Sangrado que es abundante o perdura por largo tiempo, pudiendo necesitar más tratamiento.
- PL 9. Cientos milímetros o centímetros de hueso pueden formar más tarde en el borde del agujero donde el diente fue extraído. Estos huesos necesitan otra cirugía
para su remoción o eliminación.
- PL 10. A veces, los restos de los dientes se pueden dejar en su lugar para evitar daño a cosas importantes como los nervios o senos paranasales (un lugar
hueco por encima de sus dientes anteriores superiores).
- PL 11. Los restos de los dientes posteriores superiores están a menudo cerca de los senos paranasales y a veces un trozo de la raíz puede entrar en el seno.
Se puede producir una abertura a partir del seno a la boca, que puede necesitar más cirugía y tratamiento.
- A 12. Fractura mandibular que puede resultar en la necesidad de tratamiento o cirugía adicional.

Consentimiento para la Anestesia:

PL 1. Doy mi consentimiento para el uso de anestesia local que se aplicará por el dentista/proveedor mencionado anteriormente. Doy permiso para el uso de
cualquier tipo de anestesia local que sea recomendada por el dentista/proveedor. Se me ha informado sobre los beneficios, riesgos y alternativas asociadas
con la administración de anestesia local.

PL 2. Sedación consciente/moderada: Por la presente, autorizo y dirijo al dentista mencionado anteriormente y/o a su/su asociados a proveer la administración
y el mantenimiento de sedación consciente/moderada. Se me ha informado de los beneficios, alternativas y riesgos asociados con la sedación consciente/
moderada.

Entiendo los riesgos y complicaciones que pueden ocurrir como resultado del procedimiento. Se me han explicado cuáles son estos riesgos y complicaciones
y los molestias que cada uno podría causar. También se me ha hecho consciente de ciertos riesgos que son muy raros, pero muy graves, que se asocian
con cualquier operación quirúrgica o procedimiento de este tipo y que pueden requerir procedimientos quirúrgicos adicionales. Entiendo que durante el
transcurso del procedimiento, pueden surgir condiciones imprevistas que no fueron anticipadas por el dentista/proveedor. Si esto sucede, puede ser que
se necesite de procedimientos adicionales para corregir cualquier problema que se desarrolle. Por lo tanto, doy mi consentimiento para que se realice
cualquier procedimiento adicional bajo estas circunstancias. No se me han dado garantías ni se me ha asegurado nada en relación al resultado esperado para
este procedimiento. El dentista/proveedor ha discutido la posibilidad de lograr el resultado esperado. He leído y entendido lo anterior y doy consentimiento
para la cirugía. He dado mi historial médico de una manera completa y veraz, incluyendo todos los medicamentos, el consumo de drogas, el embarazo, las
hospitalizaciones y antecedentes quirúrgicos pasados. Se han contestado todas mis preguntas antes de firmar este formulario.

Firma del Paciente (o tutor legal) [REDACTED] Fecha/Hora [REDACTED]

Nombre en letra de molde [REDACTED] Fecha/Hora [REDACTED]

Parentesco, si la firma es de otro [REDACTED]

Firma del Testigo [REDACTED] Fecha/Hora [REDACTED]

Nombre en letra de molde [REDACTED] Fecha/Hora [REDACTED]

Uso de Interpreté [REDACTED] (nombre o su)