



## Injerto óseo y membrana de barrera Formulario de Consentimiento

Yo entiendo que los procedimientos de injerto de hueso y la membrana de barrera siempre incluyen los siguientes riesgos

1 . **Dolor.** Un poco de malestar esta relacionado a cualquier procedimiento de cirugía oral. El injerto con materiales que no son de su propio cuerpo son menos dolorosos debido a que no requieren de una cirugía del sitio donante.

2 . **Infeción** . No importa lo cuidadosa que se mantenga la esterilidad quirúrgica, siempre hay una posibilidad de infección oral después de la operación . A veces, estos pueden ser de carácter grave . En caso de grave puede ocurrir hinchazón, especialmente acompañada con fiebre o malestar general, la atención profesional se debe recibir tan pronto como sea posible.

3 . **Sangrado** , moretones y la hinchazón. Un poco de sangrado moderado puede durar varias horas. Si continua, debe ponerse en contacto con nosotros tan pronto como sea posible . Un poco de hinchazón es normal, pero si es grave, usted debe notificarnos . La hinchazón por lo general comienza a disminuir después de 48 horas. Los moretones pueden durar una semana mas o menos

4 . **La pérdida de todo o parte del injerto.** El éxito con el hueso y la membrana de injerto es alta. Sin embargo , es posible que el injerto podría fallar. Un injerto de hueso bloque tomado de otra parte de su boca no se puede adherir o podría infectarse.

A pesar de la cirugía meticulosa , material de injerto óseo particulado puede migrar fuera del sitio de la cirugía y se perderá . Una membrana injerto podría empezar a desalojar , Si es así , por favor notificarlo a Gonzalez Dental Group. Su cumplimiento es esencial para asegurar el éxito.

5 . **Tipos de material de injerto. Algunos tipos de injerto,** membrana material óseo utilizados comúnmente se derivan de ser humano u otro fuentes de mamíferos. Estos injertos se purifican y se esterilizan a fondo por diferentes medios para estar libres de contaminantes. la firma de esta forma de consentimiento le da a su aprobación por el médico para utilizar dicho material de acuerdo a su conocimiento y juicio clínico.

6 . **Lesión a los nervios.** Esto incluiría las lesiones que causan adormecimiento de los labios, la lengua, todos los tejidos de la boca y / o en las mejillas o en la cara . Este adormecimiento que puede ocurrir , puede ser de carácter temporal , con una duración de unos días , unas semanas , un pocos meses , o podría posiblemente ser permanente , y podría ser el resultado de procedimientos quirúrgicos o administración de la anestesia.

7 . **Participación sinusal.** En algunos casos, las puntas de las raíces de los dientes superiores se encuentran en estrecha proximidad con el seno maxilar, De vez en cuando , con extracciones y / o injertos cerca del seno , el seno puede participar . Si esto sucede, usted tendrá que tomar medicamentos especiales . En caso de que ocurra una penetración sinusal, podría ser necesario más adelante cerrar los senos maxilares quirúrgicamente.

8 . Es su responsabilidad de buscar la atención si es que surgieran circunstancias indebidas después de la operación y usted debe diligentemente **seguir todas las instrucciones** pre -operatorias y post -operatorias.

Consentimiento informado:

Como paciente, se me ha dado la oportunidad de formular las preguntas con respecto a la naturaleza y propósito del tratamiento quirúrgico y han recibido respuestas a mi satisfacción.

Yo asumo voluntariamente cualquier riesgo, incluyendo el riesgo de daños , si los hubiere , que puede asociarse con cualquiera de las fases de este tratamiento con la esperanza de obtener los resultados deseados , los cuales pueden o no ser alcanzados .

No hay garantías o promesas se han hecho a mí con respecto a mi recuperación y los resultados del tratamiento se deben representar en mí.

La cuota ( s ) para este servicio han sido explicados y son satisfactorio . Al firmar este formulario , estoy dando libremente mi consentimiento para permitir y autorizar a **González Dental Group** para hacer cualquier tratamiento necesario o conveniente a mis condiciones dentales, incluyendo cualquiera y todos los anestésicos y / o medicamentos.

**Nombre de el paciente :** \_\_\_\_\_

**Firma de el Paciente o persona Responsable** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_