



INSTRUCCIONES PREOPERATORIAS PARA CIRUGÍA DENTAL

**** INFORMACIÓN MUY IMPORTANTE – LEA DETENIDAMENTE ****

**** COMPLETE EL FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE HISTORIAL **
MÉDICO ADJUNTO & DEVUELVA A SU DENTISTA ANTES DE LA CIRUGÍA**

1. Revisaremos su historial médico con usted inmediatamente antes de su procedimiento. Asegúrese de estar familiarizado con esa información, especialmente con el (los) nombre (s) y la (s) dosis (s) de cualquier medicamento que esté tomando. Si cree que su historial es relativamente complicado, tendremos que decidir si es necesaria una consulta con su médico antes de realizar el procedimiento.
2. A menos que lo especifique su dentista, todos los medicamentos que se tomen de forma rutinaria deben continuarse sin interrupción. Trague con una cantidad mínima de agua.
3. Los pacientes menores de 18 años deben tener un tutor legal presente para completar el "Formulario de actualización del historial médico" y para firmar el "Formulario de divulgación y consentimiento".
4. Es importante evitar fumar durante al menos una semana antes de la cirugía y una semana después de la cirugía.

Si está recibiendo sedación consciente por vía intravenosa:

1. No coma ni beba nada (incluida agua) durante **al menos seis horas antes de su cita**. No hacerlo puede resultar en la cancelación y reprogramación futura de su cita.
2. **Un adulto responsable, mayor de 18 años, debe acompañarlo a la oficina y debe permanecer en la oficina durante todo el procedimiento. Después de la sedación, este adulto responsable debe ser físicamente capaz de ayudarlo y acompañarlo a casa y debe permanecer con usted durante las próximas 24 horas.**
3. Después de la sedación, debe abstenerse de conducir un automóvil, de tomar decisiones legales, o de participar en cualquier actividad que requiera estar alerta durante las próximas 24 horas.
4. Existen diferencias importantes entre la anestesia general (estar completamente dormido) y la IV sedación consciente. Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de sedación consciente intravenosa, no dude en libre de contactar al Dr. Moore al 214.529.5218 antes del procedimiento.

Certifico que he leído y comprendido lo anterior. Reconozco que mis preguntas, si las hay, han sido respondidas satisfactoriamente.

Firma del paciente (o tutor del paciente)

Fecha

NOTA: Si tiene alguna inquietud o pregunta sobre la cirugía, comuníquese con el Dr. Moore al 214.529.5218 o por correo electrónico a bryan@bryanmooreds.com.



FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente _____ La edad _____ Fecha de cumpleaños ____ / ____ / ____
Dirección _____ Estado de la Ciudad _____ Código postal _____
Correo electrónico _____ Teléfono _____
Escort/Conductor _____ Teléfono _____
Farmacia _____ Teléfono _____ Código postal _____
Altura _____ Peso _____ Nombre del dentista _____
Si completa este formulario para otra persona, ¿cuál es su relación con esa persona? _____

Para las siguientes preguntas, marque con un círculo sí o no (lo que corresponda). Sus respuestas son solo para nuestros registros y serán considerado confidencial. Tenga en cuenta que durante su visita inicial, se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario, y puede haber preguntas adicionales sobre su salud.

- 1. ¿Goza de buena salud? Sí No
- 2. ¿Ha habido algún cambio en su general salud en el último año? Sí No
- 3. Mi último examen físico fue el _____
- 4. ¿Estás ahora bajo el cuidado de un médico? Sí No
Si es así, ¿para qué condición? _____
- 5. El nombre y la dirección de su médico es: _____
- 6. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?..... Sí No
- 7. ¿Está tomando algún medicamento (s), incluido medicamentos sin receta? Sí No
Si es así, ¿qué medicamentos está tomando? _____
- 8. ¿Alguna vez ha tomado Aredia, Zometa, Fosamax, Actonel, o Boniva? Sí No
- 9. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes enfermedades o problemas?
 - a. Válvulas cardíacas artificiales o dañadas, corazón soplo o enfermedad cardíaca reumática..... Sí No
 - b. Enfermedad cardiovascular, angina, corazón ataque, problemas cardíacos, accidente cerebrovascular Sí No
 - c. Osteoporosis Sí No
 - d. Cáncer que requiere quimioterapia intravenosa Sí No
 - e. Asma o fiebre del heno..... Sí No
 - f. Desmayos o convulsiones Sí No
 - g. Diabetes..... Sí No
 - h. Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática. Sí No
- i. Infección por SIDA o VIH..... Sí No
- j. Problemas tiroideos..... Sí No
- k. Problemas respiratorios, bronquitis,etc. Sí No
- l. Apnea del sueño o ronquidos durante el sueño. Sí No
- m. Úlcera de estómago o hiperacidez..... Sí No
- n. Problemas de riñón Sí No
- o. Presión arterial alta o baja..... Sí No
- p. Enfermedad de transmisión sexual..... Sí No
- q. Epilepsia/otras enfermedades neurológicas .. Sí No
- r. Problemas con el bazo Sí No
- 10. ¿Ha tenido sangrado anormal? Sí No
¿O requirió una transfusión de sangre? Sí No
- 11. ¿Tiene algún trastorno sanguíneo como anemia?..... Sí No
- 12. ¿Ha sido tratado por un tumor? Sí No
- 13. ¿Es alérgico o ha tenido una reacción:
 - a. Anestésicos locales Sí No
 - b. Penicilina u otros antibióticos Sí No
 - c. Drogas sulfa Sí No
 - d. Barbitúricos, sedantes, somníferos..... Sí No
 - e. Aspirina..... Sí No
 - f. Yodo Sí No
 - g. Codeína u otros narcóticos..... Sí No
 - h. Otro _____
- 14. ¿Ha tenido un reemplazo de articulación (cadera / rodilla)? Sí No

Mujeres

- 15. ¿Estás embarazada? Sí No
- 16. ¿Tiene problemas menstruales?..... Sí No
- 17. ¿Estás amamantando? Sí No
- 18. ¿Está tomando píldoras anticonceptivas?.... Sí No

Certifico que he leído y comprendido lo anterior. Reconozco que mis preguntas, si las hay, acerca de las preguntas establecidas anteriormente han sido respondidas a mi satisfacción. No responsabilizaré a mi dentista, ni a ningún otro miembro de su personal, por ningún error u omisión que pueda haber cometido al completar este formulario. Si su historial médico es complejo o si cree que le gustaría brindarnos información adicional, sería útil para nosotros que utilizara el reverso de este formulario para escribir una narración cronológica de su historial médico.

Firma del Dr. Moore

Firma del paciente (o tutor del paciente)

**** DEVUELVA ESTE FORMULARIO COMPLETO A SU DENTISTA ANTES DE LA CIRUGÍA. ****

BRYAN T. MOORE, DDS, PA

PATIENT TREATMENT RECORD—*FOR DENTIST’S USE ONLY BELOW*

Patient Name _____ Age _____ DOB ____ / ____ / ____ DOS ____ / ____ / ____

Acknowledgment: Receipt of Notice of Privacy Practices (Form 7 of 7) allows for contact by: Phone Email Mail

Medical History Findings/ROS _____

Current Medications _____

Allergies _____

Pre-op Meds (last 24 hrs.) _____

Patient Surgical/Anesthesia History _____

Family Surgical/Anesthesia History _____

Smoker: Y / N Vape/Smokeless: Y / N EtOH/Rec. drug abuse: Y / N Sleep Apnea: Y / N Pregnancy: Y / N / NA

Procedure Planned

Diagnostic Criteria: Perio ____ Crowding/Ortho ____ Prev. Pain/Swelling ____ Non-Restorable ____ Cyst ____ Pt. Election ____

Pre-Operative Imaging: CBCT Pano PA Other _____ Imaging Date ____ / ____ / ____

Dental Office _____ Total Fee _____

Surgical Fee _____ Implant Fee _____ Materials Fee _____ Assistant Fee _____

Pre-Operative Sedation/Anesthesia Checklist

- Medical history reviewed
- Known allergies reviewed
- Patient surgical/anesthesia history reviewed
- Family surgical/anesthesia history reviewed
- Patient medications reviewed/modified
- Pre-operative instructions given (*written & verbal*)
- Post-operative instructions given (*written & verbal*)
- Documentation of physical examination (*including ASA classification, NPO status, and pre-operative vitals—height, weight, BP, HR, RR*)
- Documentation of anesthesia-specific physical examination (*including Mallampati score and/or Brodsky score and auscultation*)
- Pre-procedure equipment readiness check completed (*monitors on/operating, sufficient O2 supply, AED/BVM/OPA/LMA present*)
- Pre-procedure emergency readiness check completed (*emergency protocols present and emergency roles reviewed*)
- Pre-procedure treatment review completed (*confirmation of correct patient & procedure*)
- Reversal/resuscitation agents are present, out, and unexpired
- Pediatric/high-risk pre-operative considerations addressed
- Medical consult (*as needed*)
- Consent(s) signed: ____ Dental/oral surgery ____ Supplemental
____ Implant ____ Notice of Privacy Practice Acknowledgment

Explanation of any omissions _____ Individuals present _____

Physical Exam: Ht _____ Wt _____ BMI _____ Auscultation Findings: *WNL; Rales; Wheezes; Other* _____

Mallampati/Brodsky Score _____ ASA Classification _____ Oral Cx Exam: E/O: - + _____ I/O: - + _____

Pre-operative Vitals: EKG _____ SpO2 _____ BP _____ HR _____ RR _____ N.P.O. > _____ hrs.

Prescriptions Given:

Control # _____
 Norco 7.5/325mg x _____
 Tylenol #3 x _____
 Amox 500mg x _____
 Cleocin 150mg x _____
 Zofran ODT 8mg x _____
 Peridex (1 pint) x _____
 Other _____

| Start Time | : | → 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | Admin/Wasted | |
|----------------------|---|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|-----|
| Midazolam/cc | | 5 mg/cc | | | | | | | | | | | | | | | | | / | 220 |
| Diazepam/cc | | 5 mg/cc | | | | | | | | | | | | | | | | | / | 200 |
| Fentanyl/cc | | 50 mcg/cc | | | | | | | | | | | | | | | | | / | 180 |
| Dexamethasone | | 4 mg/cc | | | | | | | | | | | | | | | | | / | 160 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | / | 140 |
| Oxygen (L/min) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 120 |
| N2O (L/min) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 100 |
| Fluids: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 80 |
| 2% Lidocaine Carps. | | 1:100k | | | | | | | | | | | | | | | | | | 60 |
| 0.5% Marcaine Carps. | | 1:200k | | | | | | | | | | | | | | | | | | 40 |

Opioid Rx Alt. Option/Safety Discussion

Treatment/Clinical Notes

- Continually evaluated color of mucosa, skin, or blood
- Continually evaluated ventilation: *precordial steth.; end-tidal CO2; verbal comm. w/ pt.*
- Ligated airway protection used
- Sutures: *silk; gut; vicryl;* _____
- Post-Operative/Anesth. Instructions O&W
- D/C Criteria Met: Aldrete Score _____ D/C Time : _____
- Doctor’s Signature _____ Date _____



BRYAN T. MOORE, DDS, PA

— Dentista general que brinda servicios de cirugía oral —

214.529.5218 (celda) bryan@bryanmooreds.com www.bryanmooreds.com

DIVULGACIÓN Y CONSENTIMIENTO – CIRUGÍA DENTAL Y ORAL

AL PACIENTE: Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y sobre los procedimientos quirúrgicos, médicos o de diagnóstico recomendados que se utilizarán para que pueda tomar la decisión de someterse o no al procedimiento después de conocer el riesgos y peligros involucrados. Esta divulgación no tiene la intención de asustarlo o alarmarlo; es simplemente un esfuerzo para informarle mejor para que pueda dar o negar su consentimiento para el procedimiento.

Solicito voluntariamente a Bryan T. Moore, DDS, PA y a los asociados, asistentes técnicos y otros proveedores de atención médica que consideren necesario, que traten mi afección que se me ha explicado como:

Dientes no restaurables, con afectación periodontal y / o impactados

Entiendo (entendemos) que los siguientes procedimientos quirúrgicos, médicos y / o de diagnóstico están planeados para mí (nosotros), y yo (nosotros) voluntariamente consentimos y autorizamos estos procedimientos bajo anestesia local complementaria por:

Óxido nitroso Sedación IV Sedación oral

Extracción quirúrgica de dientes

Entiendo (entendemos) que mi médico puede descubrir otras o diferentes condiciones que requieran procedimientos adicionales o diferentes a los planeados. Autorizo (autorizamos) a mi médico y a dichos asociados, asistentes técnicos y otros proveedores de atención médica a realizar otros procedimientos que sean aconsejables a su juicio profesional.

Entiendo (entendemos) que no se me ha otorgado ninguna garantía sobre el resultado o la curación. Se me han dado instrucciones posoperatorias tanto orales como escritas, y estoy de acuerdo en contactar personalmente al Dr. Moore en caso de que yo (tenemos) un problema. Yo (nosotros) seguiremos sus instrucciones hasta que ese problema se haya resuelto satisfactoriamente. Yo (nos damos cuenta) de que en el caso de que desarrollemos ciertas complicaciones, es posible que falte a la escuela o al trabajo o que pueda incurrir en gastos adicionales inesperados, incluidos, entre otros, los gastos de otros dentistas, , médicos o instalaciones médicas.

Entiendo (entendemos) que el Dr. Moore no es empleado de mi dentista, pero es un contratista independiente y recibirá una parte de los honorarios pagados a mi dentista por estos servicios. Yo (nosotros) hemos elegido al Dr. Moore de las alternativas que se me han ofrecido para realizar mi cirugía dental.

Entiendo (entendemos) que el Dr. Moore es un dentista general, y yo (damos) permiso al Dr. Moore y a dichos asociados para grabar o fotografiar procedimientos solo con fines de diagnóstico y / o enseñanza.

Así como puede haber riesgos y peligros al continuar mi condición actual sin tratamiento, también existen riesgos y peligros relacionados con la realización de los procedimientos quirúrgicos, médicos y / o de diagnóstico planeados para mí. Yo (nosotros) nos damos cuenta de que común a los procedimientos quirúrgicos, médicos y / o de diagnóstico es el potencial de infección, dolor, hinchazón, sangrado, hematomas, reacciones alérgicas, paro cardíaco, lesión cerebral e incluso la muerte. Yo (nosotros) también nos damos cuenta de que los siguientes riesgos y peligros pueden ocurrir en relación con este procedimiento en particular:

- 1. Lesión nerviosa temporal o permanente que resulta en sensaciones alteradas o entumecimiento de los labios, barbilla, lengua, dientes y/o encías.
- 2. Daño a dientes adyacentes y/o restauraciones dentales.
- 3. Dolor en los lugares de inyección y / o a lo largo de las venas, así como decoloración de los lugares de inyección, la cara y/o la mandíbula.
- 4. Apertura del seno que requiere tratamiento adicional.
- 5. Fractura de la mandíbula, espasmos musculares y/o apertura limitada de la mandíbula durante varios días o semanas.
- 6. Pequeños fragmentos de raíz que quedan en la mandíbula debido a una mayor posibilidad de complicaciones quirúrgicas.
- 7. Sensibilidad, dolor, dolor o bloqueo de la articulación de la mandíbula (ATM), que puede ser temporal o permanente.
- 8. Otro _____

Entiendo (entendemos) que la sedación intravenosa consciente ("sueño crepuscular") y otras formas de sedación suplementaria implican riesgos y peligros adicionales, pero yo (nosotros) solicitamos el uso de sedación intravenosa consciente y / u otras formas de anestesia suplementaria para ayudar el alivio y la protección del dolor durante los procedimientos planificados y adicionales. Yo (nos damos cuenta) de que la sedación intravenosa consciente y / u otras formas de anestesia suplementaria pueden tener que cambiarse posiblemente sin darme ninguna explicación. Entiendo (entendemos) que esto no es anestesia general (estar completamente dormido), y que es poco probable, pero puedo tener recuerdos desagradables del procedimiento.

Entiendo (entendemos) que ciertas complicaciones pueden resultar del uso de cualquier sedante intravenoso u otra forma de anestesia, incluidos problemas respiratorios, reacciones a medicamentos, parálisis, daño cerebral o incluso la muerte. Otros riesgos y peligros que pueden resultar del uso de sedación intravenosa u otros sedantes o anestésicos van desde molestias leves hasta lesiones en las cuerdas vocales, los dientes y/o los ojos.

Yo (nosotros) hemos tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi (nuestra) condición, formas alternativas de anestesia y tratamiento, riesgos de no recibir tratamiento, los procedimientos que se utilizarán y los riesgos y peligros involucrados, y yo (nosotros) creo que tengo (tenemos) información suficiente para dar este consentimiento.

Certifico (certificamos) que este formulario se me ha explicado (a nosotros) en su totalidad, que lo (hemos) leído o me lo han leído (a nosotros), que se han llenado los espacios en blanco y que yo (nosotros)) entender su contenido.

FECHA _____ TIEMPO _____

Firma del paciente u otra persona legalmente responsable

/ Nombre del paciente (en letra de imprenta)

TESTIGO _____ FECHA _____



DIVULGACIÓN Y CONSENTIMIENTO SUPLEMENTARIOS

INFORMACIÓN PARA LOS PACIENTES SOBRE POSIBLES CAMBIOS EN LAS SENSACIONES DEL LABIO, BARBILLA O LENGUA DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA DENTAL

La cirugía dental, como cualquier otra cirugía, tiene ciertos riesgos y limitaciones inherentes que pueden ocurrir a pesar de la experiencia y habilidad del médico. Después de la cirugía, es posible que experimente cambios temporales o permanentes en la sensación o las sensaciones de su labio, mentón o lengua. Los cambios permanentes en la sensación de las áreas afectadas son extremadamente raros.

¿QUÉ PUEDE CAUSARLO?

Debido a que los nervios que irrigan estas regiones están cerca del área donde se realiza la cirugía, es posible que los nervios no funcionen normalmente durante un tiempo después. Estos nervios solo afectan la sensación y no el movimiento.

La causa más común de este tipo de lesión es la presión que puede ocurrir durante la extracción de la raíz de un diente o por la colocación de un implante en la mandíbula inferior. Ocasionalmente, los ganchos o las curvas de la raíz pueden desgarrar algunas de las fibras nerviosas. Otra posible causa de lesión es durante la administración de anestesia local (medicamento anestésico). Los rayos X son útiles pero no pueden decirnos la ubicación exacta de las estructuras importantes. Cuando el nervio está especialmente cerca del sitio de la cirugía, podría tener una muesca o un corte. Además, la incidencia y la gravedad de las lesiones nerviosas aumentan con la edad. Esto es particularmente cierto para las muelas del juicio inferiores. Además, a veces la sensación se ve afectada sin saber exactamente qué la causó.

¿CUÁNTO TIEMPO VA A DURAR?

La probabilidad de que ocurra un cambio en la sensación y cuánto tiempo durará puede depender de muchos factores, incluida la posición del diente, el nervio o la dificultad del procedimiento. La duración de la afección es impredecible y diferente en cada caso. Puede durar algunos días, semanas o meses y, en casos muy raros, puede ser permanente. En la mayoría de los casos, la pérdida sensorial vuelve gradualmente a la normalidad, aunque es posible que no se dé cuenta de ninguna mejora inmediata. El tejido nervioso es el tejido más lento del cuerpo para sanar, y pueden pasar semanas o meses antes de que note mejoras significativas. No obstante, es importante que se mantenga en contacto con nosotros, para que podamos informarle sobre sus circunstancias específicas.

¿CÓMO PUEDO SABER SI ME MEJORAMOS?

Durante la recuperación del nervio, puede notar cambios como hormigueo, como si un anestésico local estuviera desapareciendo. También pueden estar presentes otras sensaciones. No se alarme; esto suele ser un signo positivo. Es importante que nos ayude a registrar cualquier cambio en sus síntomas para que podamos responder mejor a sus preguntas y asesorarlo sobre su pronóstico.

¿Y SI NO MEJORA? ¿SE PUEDE HACER ALGO?

Si no ha habido absolutamente ninguna mejora en seis semanas, entonces, dependiendo de su caso, se podría considerar la reparación microquirúrgica. Podemos asesorarlo aún más sobre esta posibilidad, y se lo derivará a un especialista con experiencia y conocimiento en esta área.

EN RESUMEN

Recuerde, en la abrumadora cantidad de casos de sensación alterada, todas o la mayor parte de la sensación normal regresará. Si los síntomas residuales permanecen, los riesgos relacionados con la reparación quirúrgica pueden no estar justificados, ya que la recuperación postoperatoria espontánea puede tardar hasta dos años en ocurrir. Al mantenernos en estrecho contacto con nosotros, estaremos en mejores condiciones para asesorarlo durante todo el proceso de recuperación para asegurar resultados óptimos.

Nombre del paciente (impreso)

Firma del paciente (o tutor del paciente)

Firma del Dr. Moore

Fecha de firma

**** IMPORTANTE: ¡LEA POR FAVOR!****
INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS

INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA CIRUGÍA:

Sangrado: Coloque una gasa sobre los sitios de extracción y mantenga la presión mordiendo durante intervalos de 30 minutos. No chupar ni escupir en exceso. (Si es músico, evite soplar con instrumentos musicales durante dos semanas). NOTA: Es normal algo de "supuración" y decoloración de la saliva. Si el sangrado persiste, reemplace la gasa con una gasa limpia doblada colocada sobre el sitio de extracción y mantenga la presión hasta que el sangrado se detenga.

Hinchazón: La hinchazón debe alcanzar su máximo en tres o cuatro días y comenzar a disminuir hacia el quinto día postoperatorio. El día de la cirugía, coloque hielo o compresas frías en la región quirúrgica durante 20 minutos de encendido / apagado.

Incomodidad: La incomodidad puede ocurrir durante unas horas después de que la sensación regrese a su boca, aumentando gradualmente durante dos o tres días, y luego comienza a disminuir durante los próximos días. Dolor leve a moderado: use Advil o Ibuprofeno. Dolor intenso: use analgésicos recetados, según las indicaciones. Recuerde, estos medicamentos pueden tardar entre 30 minutos y una hora en surtir efecto. Si está usando alguno de estos medicamentos por primera vez, tenga cuidado con las dosis iniciales (comience con media pastilla).

De fumar: Evite fumar durante dos semanas.

Dieta: Será necesaria una dieta líquida o blanda nutritiva durante dos semanas después de la cirugía (es decir, sopas, batidos, puré de papas, pudín, macarrones con queso, yogur, Asegure, gelatina, batidos, batidos de proteínas, etc.).

Físico Durante las primeras 24 a 48 horas, se debe DESCANSAR (sin actividad física intensa durante una semana).

Actividad: Pacientes que tienen la sedación debe abstenerse de conducir un automóvil o de realizar cualquier tarea que requiera estar alerta durante las próximas 24 horas.

DÍAS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA:

1. Cepille los dientes con cuidado.
2. A partir de las 24 horas posteriores a la cirugía, enjuague la boca tres veces al día con el enjuague bucal recetado.
3. Si se recetan ANTIBIÓTICOS, ASEGÚRESE de tomar TODOS los que le hayan recetado, SEGÚN LAS INSTRUCCIONES.
4. Si se usaron SUTURAS, se disolverán solas.
5. DRY SOCKET es una respuesta de curación retardada, que puede ocurrir durante el segundo al cuarto día posoperatorio. Se asocia con un dolor punzante en el costado de la cara, que puede parecer que se dirige hacia el oído. En casos leves, el simple aumento de la medicación para el dolor puede controlar los síntomas. Si esto no tiene éxito, llame al Dr. Moore.
6. **** CITA POST-OPERATIVA: REGRESE A LA OFICINA DE SU DENTISTA DE CINCO A SIETE DÍAS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA PARA OBTENER INSTRUCCIONES DE RIEGO CON ENCHUFES. ****
7. Puede encontrar información posoperatoria adicional en: www.bryanmooreds.com.

CONTACTE AL MÉDICO SI:

1. El sangrado es excesivo y no se puede controlar.
2. El malestar está mal controlado.
3. La hinchazón es excesiva, se extiende o continúa agrandando después de 60 horas.
4. Se producen reacciones alérgicas a los medicamentos, que provocan una erupción generalizada o picazón excesiva.

COMUNÍQUESE CON LOS SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA ("EMS") O LLAME AL "911" SI:

El paciente pierde o ha perdido el conocimiento.



BRYAN T. MOORE, DDS, PA

— Dentista general que brinda servicios de cirugía oral —

5b of 6

214.529.5218 (celda) bryan@bryanmooredds.com www.bryanmooredds.com

Los 10 Mejores y No Hacer

HACER's

1. Cambie la gasa cada 30 minutos hasta que el sangrado disminuya. La gasa solo debe ser necesaria para las primeras horas.
2. Ome helado después de la cirugía durante el resto del día (Frosty's de Wendy's son recomendados y son los favoritos del Dr. Moore.) ☺
3. Consuma alimentos líquidos o blandos durante 14 días (e.g., sopas, batidos, puré de papas, pudín, macarrones con queso, yogur, Asegure, gelatina, batidos, batidos de proteínas, etc.).
4. Solo coma alimentos que pueda tragar sin masticar.
5. Utilice una cuchara para comer.
6. Espere que su boca esté adormecida durante 6 a 12 horas después de la cirugía.
7. Coma 15 minutos antes de tomar analgésicos.
8. Espere que el dolor y la hinchazón alcancen su punto máximo en el tercer o cuarto día.
9. ****Regrese al consultorio dental en cinco a siete días para una cita posoperatoria.****
10. **Llame al Dr. Moore si las cosas no mejoran semana a semana (214.529.5218).**

NO HACER's

1. No use la gasa durante más de unas pocas horas después de la cirugía.
2. No duerma, coma ni beba con una gasa en la boca.
3. No deje al paciente solo durante las primeras 24 horas.
4. No mastique mientras come durante 14 días.
5. No fume, sumerja ni beba alcohol durante siete días completos.
6. No use una pajita para comer o beber durante siete días.
7. No haga mucho ejercicio durante siete días completos.
8. No se suene la nariz, no estornude ni sople en un instrumento musical durante siete días.
9. ****No se pierda ni se salte la visita posoperatoria de cinco a siete días después de la cirugía.****
10. **No dude en llamar al Dr. Moore si las cosas no mejoran semana a semana (214.529.5218).**

ASEGÚRESE DE CONSULTAR EL SITIO WEB PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL

— www.bryanmooredds.com —



214.529.5218 (celda) bryan@bryanmooredds.com www.bryanmooredds.com

RECONOCIMIENTO: RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Bryan T. Moore, DDS, PA vigente a partir del 1/1/21.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____

Firma del Paciente

Fecha de firma

Soy padre o tutor legal de _____ (nombre del paciente). Recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Bryan T. Moore, DDS, PA vigente a partir del 1/1/21.

Nombre del padre o tutor legal (en letra de imprenta) _____

Relación con el paciente: Padre Guardián legal

Firma del padre o tutor legal

Fecha de firma

Autorizo al médico y a su personal a comunicarse conmigo por ___ teléfono ___ email ___ correo (marque todo lo que corresponda)

Si el paciente o el padre / tutor legal del paciente no firmaron arriba, el miembro del personal debe documentar cuándo y cómo se entregó el Aviso a la persona, por qué no se pudo obtener el reconocimiento y qué esfuerzos se hicieron para obtener la firma.

Aviso de prácticas de privacidad a partir del 1/1/21 dado a la persona el _____ (fecha)

En persona Email Correo Otro _____

Razón por la que el paciente o el padre / tutor legal del paciente no firmó este formulario:

No quise firmar
 No respondió después de más de un intento
 Otro _____

Nombre del miembro del personal (en letra de imprenta)

Título

Firma del miembro del personal

Fecha de firma