



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. White al 214.437.2405 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. White al 214.437.2405 o por correo electrónico a david@dswdds.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. White

Firma del paciente (o tutor del paciente)



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 _____

Table with columns: Start Time, Drug Name, Dose, and Admin/Wasted. Includes rows for Midazolam, Diazepam, Fentanyl, Dexamethasone, Oxygen, N2O, and Fluids.

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 _____



DAVID S. WHITE, DDS

— Dentista general que brinda servicios de cirugía oral —

214.437.2405 (celda) david@dswdds.com www.dswdds.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 David S. White, DDS 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. White en caso de que yo (tenemos) un problema. Yo (nosotros) seguiremos sus instrucciones hasta que ese problema se haya resuelto satisfactoriamente. Yo (nosotros) 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. White 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. White de las alternativas que se me han ofrecido para realizar mi cirugía dental. Entiendo (entendemos) que el Dr. White es un dentista general, y yo (damos) permiso al Dr. White 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. Ocurrencia de alveolitis seca cuando un coágulo de sangre no se forma correctamente, lo que puede ser extremadamente doloroso si no se trata
9. Infección que requiere procedimientos adicionales
10. 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 (nosotros) 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. White

Fecha de firma



DAVID S. WHITE, DDS

5a of 6

— Dentista general que brinda servicios de cirugía oral —
214.437.2405 (celda) david@dswdds.com www.dswdds.com

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

INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA CIRUGÍA:

- Sangrado:** Si se proporciona una gasa, colóquela sobre los sitios de extracción y mantenga la presión mordiendo durante intervalos de 30 minutos. No chupe ni escupa en exceso. El uso excesivo de gasas para detener completamente el sangrado puede causar más sangrado y romper el coágulo de sangre. Si encuentra que su boca se llena de sangre después de una hora de reemplazar la gasa, intente usar una bolsita de té (el té negro es mejor) empapada en agua tibia y colóquela sobre el(los) sitio(s) de extracción. Los taninos en el té ayudarán a coagular la sangre. (Si es músico, absténgase de soplar instrumentos musicales durante dos semanas). NOTA: Algo de "exudación" y decoloración de la saliva es normal. Si el sangrado persiste, reemplace la gasa con una gasa doblada y limpia colocada sobre el sitio de extracción y mantenga la presión hasta que cese el sangrado.
- 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 el tabaco 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. Cepílese los dientes con cuidado; evite cepillar (o usar Waterpik®) en el(los) sitio(s) de extracción, hasta que cicatrice por completo.
2. A partir de las 24 horas posteriores a la cirugía, enjuague la boca tres veces al día con el enjuague bucal recetado (o use 1 cucharadita de sal en un vaso de agua tibia).
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. White.
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.dswdds.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.

ASEGÚRESE DE CONSULTAR EL SITIO WEB PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL
— www.dswdds.com —



DAVID S. WHITE, DDS

— Dentista general que brinda servicios de cirugía oral —

214.437.2405 (celda) david@dswdds.com www.dswdds.com

5b of 6

Los 10 Mejores y No Hacer

HACER's

1. Evite el sitio quirúrgico y mantenga la lengua, los dedos y los alimentos alejados del área.
2. Use una bolsa de hielo, 15 minutos puesta/15 minutos apagada, durante las primeras 24 horas.
3. Tome todos los medicamentos según lo prescrito (NO OMITIR MEDICAMENTOS). Para el dolor, tome 600 mg de ibuprofeno (Advil) y 1000 mg de paracetamol (Tylenol) juntos, cada ocho horas. Los antibióticos y/u otros medicamentos deben seguir el medicamento recetado.
4. Cambie la gasa (si se la proporcionaron) cada 30 minutos hasta que el sangrado disminuya. La gasa solo debe ser necesaria durante las primeras horas.
5. Coma helado después de la cirugía por el resto del día (se recomiendan los Frosty's de Wendy's y están (El favorito del Dr. White.) 😊)
6. Coma alimentos líquidos/blandos durante 14 días (es decir, sopas, batidos, puré de papas, pudín, macarrones con queso, yogur, Ensure, Jell-O, batidos, batidos de proteínas, etc.).
7. Solo coma alimentos que pueda tragar sin masticar.
8. Usa una cuchara para comer.
9. Espere que su boca esté adormecida durante 6 a 12 horas después de la cirugía.
10. Coma 15 minutos antes de tomar analgésicos.
11. Espere que el dolor y la hinchazón alcancen su punto máximo al tercer o cuarto día.
12. **Regrese al consultorio dental en cinco a siete días para la cita posoperatoria (y para las citas posoperatorias de 2 y 6 semanas citas si ha tenido implantes).**
13. **Llame al Dr. White si las cosas no mejoran semana a semana (214.437.2405).**

NO HACER's

1. No use la gasa por 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, moje ni beba alcohol durante siete días completos.
6. No use una pajilla para comer o beber durante siete días.
7. No haga ejercicio duro durante siete días completos.
8. No se suene la nariz, no contenga un estornudo ni sople en un instrumento musical durante siete días.
9. No mastique el diente si el implante tiene un diente temporal colocado, ya que solo tiene fines estéticos.
10. **No se pierda ni se salte su visita postoperatoria de cinco a siete días después de la cirugía (y para las 2 y 6 semanas postoperatorias citas si ha tenido implantes).**
11. **No dude en llamar al Dr. White si las cosas no mejoran semana a semana (214.437.2405).**

**SI HAY ALGUNA DUDA SOBRE EL TRATAMIENTO O EL POSTOPERATORIO
INSTRUCCIONES, NO DUDE EN LLAMAR A LA OFICINA. LO HAREMOS
SEGUIMIENTO CON USTED POR TELÉFONO EL DÍA DEL TRATAMIENTO.**

ASEGÚRESE DE CONSULTAR EL SITIO WEB PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL

— www.dswdds.com —



DAVID S. WHITE, DDS

— Dentista general que brinda servicios de cirugía oral —

214.437.2405 (celda) david@dswdds.com www.dswdds.com

RECONOCIMIENTO: RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de David S. White, DDS, 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 David S. White, DDS, 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)

If the patient or the patient’s parent/legal guardian did not sign above, staff member must document when and how the Notice was given to the individual, why the acknowledgment could not be obtained, and what efforts were used to obtain the signature.

Notice of Privacy Practices effective 1/1/21 given to individual on _____ (date)

In Person Email Mail Other _____

Reason patient or patient’s parent/legal guardian did not sign this form:

- Did not want to sign
- Did not respond after more than one attempt
- Other _____

Staff Member’s Name (please print)

Title

Signature of Staff Member

Date Signed