



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.
5. **Tenga en cuenta que es mejor permitir cierta flexibilidad en cuanto al horario de su cita el día de la cirugía. Es mejor no “apretar” una cita para la cirugía en un día que ya está ocupado.**

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. Si usted *Si es diabético*, comuníquese con su dentista para obtener instrucciones más específicas.
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. NOTA: Uber, Lyft, taxis u otros métodos de transporte público no son aceptables.**
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. De Simone al 972.978.3940 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. De Simone al 972.978.3940 o por correo electrónico a mark@desimonedds.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 primario _____
 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 | i. Infección por SIDA o VIH..... | Sí | No |
| 2. ¿Ha habido algún cambio en su general salud en el último año? | Sí | No | j. Problemas tiroideos..... | Sí | No |
| 3. Mi último examen físico fue el _____ | | | k. Problemas respiratorios, bronquitis, etc. | Sí | No |
| 4. ¿Estás ahora bajo el cuidado de un médico? | Sí | No | l. Apnea del sueño o ronquidos durante el sueño. | Sí | No |
| 5. El nombre y la dirección de su médico es: _____ | | | m. Úlcera de estómago o hiperacidez..... | Sí | No |
| | | | n. Problemas de riñón | Sí | No |
| 6. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?..... | Sí | No | o. Presión arterial alta o baja..... | Sí | No |
| 7. ¿Está tomando algún medicamento (s), incluido medicamentos sin receta? | Sí | No | p. Enfermedad de transmisión sexual..... | Sí | No |
| Si es así, ¿qué medicamentos está tomando? _____ | | | q. Epilepsia/otras enfermedades neurológicas .. | Sí | No |
| 8. ¿Alguna vez ha tomado Aredia, Zometa, Fosamax, Actonel, o Boniva? | Sí | No | r. Problemas con el bazo | Sí | No |
| 9. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes enfermedades o problemas? | | | 10. ¿Ha tenido sangrado anormal? | Sí | No |
| a. Válvulas cardíacas artificiales o dañadas, corazón soplo o enfermedad cardíaca reumática..... | Sí | No | ¿O requirió una transfusión de sangre? | Sí | No |
| b. Enfermedad cardiovascular, angina, corazón ataque, problemas cardíacos, accidente cerebrovascular | Sí | No | 11. ¿Tiene algún trastorno sanguíneo como anemia?..... | Sí | No |
| c. Osteoporosis | Sí | No | 12. ¿Ha sido tratado por un tumor? | Sí | No |
| d. Cáncer que requiere quimioterapia intravenosa | Sí | No | 13. ¿Es alérgico o ha tenido una reacción: | | |
| e. Asma o fiebre del heno..... | Sí | No | a. Anestésicos locales | Sí | No |
| f. Desmayos o convulsiones | Sí | No | b. Penicilina u otros antibióticos | Sí | No |
| g. Diabetes..... | Sí | No | c. Drogas sulfa | Sí | No |
| h. Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática. | 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. De Simone

Firma del paciente (o tutor del paciente)

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



MARK A. DE SIMONE, DDS

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

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

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 Pre-existing TMJ: Y/N

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 _____ Parts Fee _____ Materials Fee _____ Assistance 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. PMP: _____

Prescriptions Given:

Control # _____
Tramadol 37.5mg x _____
Tylenol #3 x _____
Amox 500mg x _____
Cleocin 150mg x _____
Zofran ODT 8mg x _____
Peridex (1 pint) x _____
Other _____

Table with columns: Start Time, Dose, and Admin/Wasted. Rows include Midazolam/cc, Diazepam/cc, Fentanyl/cc, Meperidine, Dexamethasone, Oxygen (L/min), N2O (L/min), Fluids, 2% Lidocaine Carps., and 0.5% Marcaine Carps.

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 _____



De Simone Dental Surgery PLLC

MARK A. DE SIMONE, DDS

— Dentista general que brinda servicios de cirugía oral —

972.978.3940 (celúla) mark@desimonedds.com www.desimonedds.com

4a of 6

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 Mark A. De Simone, 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. De Simone 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. De Simone 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. De Simone de las alternativas que se me han ofrecido para realizar mi cirugía dental. Entiendo (entendemos) que el Dr. De Simone es un dentista general, y yo (damos) permiso al Dr. De Simone 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 (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. De Simone

Fecha de firma



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

Debe abstenerse de conducir un automóvil o realizar cualquier tarea que requiera estar alerta durante las próximas 24 horas. Debes DESCANSAR mientras te aseguras de iniciar una dieta prudente y nutritiva; establecer un buen dolor manejo y un buen régimen de analgésicos; y controlar cualquier sangrado.

EL DÍA DE LA CIRUGÍA – INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA CIRUGÍA:

Conseguir Comida—Debe comer lo antes posible después de la cirugía. Un batido, un batido de proteínas o un batido para llevar en el auto generalmente funcionan bien para el viaje a casa. Retire cualquier gasa para comer o beber. No utilices una pajita. Debe comer alimentos líquidos/blandos hasta por 7 días después de la cirugía (p. ej., sopa, caldo, batidos, puré de papas, pudín, yogur, gelatina, Guarantee, helado, batidos, batidos de proteínas, comida para bebés, etc.) . Si tienes que pensar si debes o no comer un alimento, elige un alimento diferente.

Recetas Para Recoger—Todas las recetas se enviarán electrónicamente a la farmacia de su elección. Si por alguna razón no los recibe, o si la farmacia los pone “en espera”, comuníquese directamente con el Dr. De Simone.

Tomar Medicamentos—Después de comer, debe comenzar a tomar medicamentos de venta libre para controlar el dolor. Consulte su tarjeta de manejo del dolor. Si puede, comience con 600 mg de ibuprofeno (Advil/Motrin). Como se ilustra en la tarjeta, se pueden tomar otros medicamentos si el dolor no se controla bien con ibuprofeno solo, pero nunca se omite el ibuprofeno.

Controlar el Sangrado—Mantenga la cabeza elevada durante varias horas después de la cirugía. Minimiza las conversaciones. No chupe ni escupa en exceso. Coloque una gasa doblada sobre los sitios de extracción y mantenga la presión mordiendo los vendajes durante 20 a 30 minutos. No mastique la gasa. Los apósitos solo deben usarse si los remoja completamente después de cada intervalo. Si no está saturando el aderezo por completo después de 20 a 30 minutos, simplemente retírelo. El sangrado será intermitente el día de la cirugía. El uso excesivo de gasa para detener completamente el sangrado puede causar más sangrado y un coágulo de sangre mal formado.

DÍA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA:

- Comience nuevamente la higiene bucal. Cepílese los dientes con suavidad/cuidado. Evite cepillarse o usar Waterpik® en el(los) sitio(s) de extracción hasta que haya sanado por completo.
- Comience a enjuagarse la boca 3 veces al día con el enjuague bucal recetado (o use 1 cucharadita de sal en un vaso de agua tibia). Agite suavemente durante 1-2 minutos; deja que el enjuague caiga de tu boca al fregadero. Evite escupir. Puede enjuagarse más vigorosamente a medida que pasen los días. Transición al uso de la jeringa de irrigación proporcionada 5 días después de la cirugía.
- Comience a tomar antibióticos, si se los recetaron. Tome TODO lo que le hayan recetado, SEGÚN LAS INSTRUCCIONES.
- Puede reanudar la mayoría de las actividades (conducir un vehículo, regresar al trabajo/escuela, hacer ejercicio) según su comodidad. Tenga cuidado si toma analgésicos recetados. No realizar actividades extenuantes ni levantar objetos pesados durante 7 días.

EXPECTATIVAS:

- Es posible que se produzcan molestias durante unas horas después de que la sensación regrese a la boca, y aumentarán gradualmente durante los primeros 3 o 4 días.
- La hinchazón debería aumentar durante varios días después de la cirugía y debería alcanzar su máximo en 3-4 días. Puede aplicar hielo (15 minutos encendido/apagado). 15 minutos de descanso durante las primeras 24 a 72 horas para ayudar.
- Los moretones son normales.
- Es común tener un rango de movimiento limitado y una apertura restringida.
- El malestar y la hinchazón deberían comenzar a disminuir hacia el quinto día postoperatorio.
- Si se utilizaron suturas, se disolverán solas.
- Los alvéolos de extracción se cerrarán y se llenarán entre 1 y 6 semanas después de la cirugía. Las cuencas superiores se cierran y sanan más rápidamente que las inferiores.
- Se espera que usted haga un seguimiento en 5 a 7 días para verificar la curación y recibir más instrucciones (uso de jeringa de irrigación) sobre cómo mantener limpios los alvéolos.

CONTACTE AL MÉDICO SI:

- Tiene problemas para recibir sus medicamentos en la farmacia.
- El sangrado es excesivo y no se puede controlar.
- El malestar está mal controlado.
- La hinchazón es excesiva, se extiende o continúa aumentando después de 60 horas.
- Se producen reacciones alérgicas a los medicamentos, que provocan una erupción generalizada o picazón excesiva.

CONTACTE A LOS SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA (“EMS”) O LLAME AL “911” SI:

- El paciente tiene dificultad para respirar.
- El paciente pierde/ha perdido el conocimiento.

**** Puede encontrar información postoperatoria adicional en www.desimonedds.com ****



Qué Hacer's & No Hacer's

Qué Hacer's

1. Consuma una comida líquida o blanda inmediatamente después de la cirugía. Coma alimentos que pueda tragar sin masticar y utilizar una cuchara.
2. Coma 15 minutos antes de tomar los medicamentos.
3. Tome todos los medicamentos según lo recetado (NO SALTAR MEDICAMENTOS). Para el manejo del dolor, consulte la tarjeta de manejo del dolor proporcionada. Después de su primera comida después de la cirugía, debe tomar 600 mg de ibuprofeno (Advil/Motrin). El ibuprofeno se debe tomar durante 7 días, según lo programado, ya sea que duela, esté hinchado o no. Los antibióticos y enjuagues se deben iniciar 24 horas después de la cirugía. Los analgésicos contra las náuseas y cualquier analgésico recetado deben tomarse sólo según sea necesario.
4. Cambie la gasa (si se proporciona) cada 20 a 30 minutos hasta que el sangrado disminuya. La gasa sólo debería ser necesaria durante las primeras horas.
5. Espere que su boca esté adormecida durante 6 a 12 horas después de la cirugía.
6. Utilice una bolsa de hielo (15 minutos puesta/15 minutos apagada) durante las primeras 24 a 72 horas.
7. Espere que el dolor y la hinchazón alcancen su punto máximo al tercer o cuarto día.
8. Consuma alimentos líquidos/blandos hasta por 7 días después de la cirugía (p. ej., sopa, caldo, batidos, puré patatas, pudines, yogures, gelatinas, Guarantee, helados, batidos, batidos de proteínas, papillas, etc.).
9. ****Regrese al consultorio dental dentro de 5 a 7 días para una cita posoperatoria para verificar su curación (se pueden solicitar seguimientos adicionales, dependiendo de la naturaleza de su cirugía).**
10. **Llame directamente al Dr. De Simone si las cosas no mejoran semana tras semana (972.978.3940).**

No Hacer's

1. No explore el sitio quirúrgico y mantenga la lengua, los dedos y la comida alejados del área quirúrgica.
2. No coma, beba ni duerma con una gasa en la boca.
3. No mastiques la gasa.
4. No escupas durante las primeras 24 horas.
5. No dejar solo al paciente durante las primeras 24 horas.
6. No coma alimentos que requieran masticar hasta por 7 días.
7. No utilices pajitas para comer o beber durante 7 días completos.
8. No fume, moje ni beba alcohol durante 7 días completos.
9. No haga ejercicio intenso ni levante objetos pesados durante 7 días completos.
10. No te suene la nariz, no contenga un estornudo ni sople en un instrumento musical durante 7 días completos.

**Si hay alguna duda sobre el tratamiento o 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.desimonedds.com —



De Simone Dental Surgery PLLC

MARK A. DE SIMONE, DDS

6 of 6

— Dentista general que brinda servicios de cirugía oral —

972.978.3940 (celúla) mark@desimonedds.com www.desimonedds.com

RECONOCIMIENTO: RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Mark A. De Simone, 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 Mark A. De Simone, 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