

Formulario de Consentimiento de Detección Bucal

Llenarlos cada vez que se realice un examen y guardarlo en la ficha del paciente

Nuestra práctica siempre busca avances para asegurar que estemos ofreciéndole un excelente nivel de atención de salud bucal a nuestros pacientes. Estamos preocupados con el cáncer bucal y lo investigamos en todos los pacientes.

Un norteamericano muere de cáncer bucal por hora. La detección tardía de cáncer bucal es la causa principal del continuo aumento de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer bucal. Como en la mayoría de los cánceres, la edad es el principal factor de riesgo del cáncer bucal. El tabaco y el uso de alcohol son otros de los principales factores de riesgo, pero **más del 25% de las víctimas de cáncer bucal no tienen esos factores de riesgo vinculados al estilo de vida.** El riesgo de cáncer oral por perfil de pacientes es el siguiente:

Riesgo aumentado: pacientes de 18 a 39 años de edad

Alto riesgo: pacientes de 40 años o más, usuarios de tabaco

(cualquier edad, de cualquier tipo en un período de 10 años)

Riesgo más alto: pacientes con 40 años o más con factores de riesgo vinculados al estilo de vida (uso de tabaco y/o de alcohol) histórico anterior de cáncer bucal

Recientemente hemos incorporado el ViziLite® Plus a nuestros cuidados estándares de investigación bucal. Descubrimos que el uso de ViziLite Plus combinado con un examen estándar de cáncer bucal mejora la capacidad de identificar áreas sospechosas en sus etapas iniciales. ViziLite® Plus es similar a los procedimientos de detección precoz comprobados de otros cánceres como la mamografía, la Prueba de Papanicolaou y de antígeno específico de la próstata (PSA). ViziLite Plus es un examen simple e indoloro que ofrece la mejor oportunidad de descubrir cualquier anomalía bucal en la etapa más inicial posible. La detección precoz de tejido precanceroso puede minimizar o eliminar los efectos potencialmente desfiguradores del cáncer bucal y posiblemente salvar su vida. EL examen ViziLite® Plus se le ofrecerá anualmente. Este examen perfeccionado es reconocido por el comité de revisión de códigos de la Asociación Odontológica Norteamericana como procedimiento CDT-5, código D0431; pero puede ser que su seguro de salud no cubra este examen. El costo de este examen es de _____.

Sí. Autorizo al médico a realizar el examen ViziLite Plus juntamente con el examen estándar de cáncer bucal. Acepto la responsabilidad financiera por este examen perfeccionado.

Nombre impreso: _____

Firma: _____ Fecha: _____

No. Preferiría no hacer el examen ViziLite Plus en esta oportunidad.

Nombre impreso: _____

Firma: _____ Fecha: _____