

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS**

Paciente.....(\*) Persona responsable.....

Edad..... Cédula de Identidad.....

Domicilio:.....

Ciudad.....Departamento.....

(\*) En caso que el/la paciente sea menor de edad o incapacidad para dar el consentimiento.

**Declaro que el/la Doctor/a que me atendió en la Clínica Dental \_\_\_\_\_**

**me ha explicado que he de realizarme el acto odontológico que se detalla:**

- Colocación de prótesis dental

**Para satisfacción de los derechos del paciente a la información que dispone la Ley 18.335, DECLARO que se me han expuesto las diferentes posibilidades de tratamiento y riesgos inherentes, tal como se detalla en las páginas siguientes.**

**He podido hacer las preguntas que he considerado oportunas y las explicaciones que me han proporcionado, han sido en un lenguaje claro y sencillo, que me han aclarado las dudas que he planteado y me permiten comprender los beneficios, las ventajas, exigencias, riesgos terapéuticos y la duración aproximada del tratamiento.**

**También comprendo que en cualquier momento y sin ninguna explicación puedo revocar el consentimiento que ahora presto con la firma del presente documento.**

**POR ELLO MANIFIESTO QUE ESTOY SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA y que comprendo el alcance y los riesgos inherentes del tratamiento AUTORIZANDO la intervención bucal arriba indicada.**

**Por lo que se refiere a la ANESTESIA LOCAL o REGIONAL:** El tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local o regional. El propósito principal de la anestesia es interrumpir transitoriamente la función sensitiva con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. La inyección de anestesia puede provocar, localmente, ulceración de la mucosa y dolor y, menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar bajada de la tensión arterial y sensación de mareo. Aunque hasta la fecha no soy alérgico a la anestesia, esta puede provocar urticaria, dermatitis de contacto general, asma, shock anafiláctico, que pueden requerir tratamiento urgente.

- Se aplicará mediante inyección en la cavidad oral de las sustancias que provocan el bloqueo reversible de la conducción nerviosa, la sensibilidad y el dolor.
- El/la paciente notará una sensación de insensibilidad en la zona anestesiada que desaparecerá de forma espontánea, en dos o tres horas luego de terminar el procedimiento y tendrá especial cuidado de no morderse la zona que tiene dormida. Evitará masticar hasta que presente una sensibilidad intacta para evitar lesiones en la mucosa de la cavidad oral.

- Alguna vez la aplicación de anestesia local puede provocar la aparición de úlceras en la mucosa oral localizadas en la zona anestesiada, dolor en la zona de inyección de la anestesia, limitación de la abertura bucal por contractura muscular y, menos habitualmente, alteraciones transitorias que pueden requerir un tratamiento posterior.
- Puede provocar alteraciones en la presión sanguínea y, raramente, un síncope o fibrilación ventricular con consecuencias graves, incluso la muerte.
- Puede provocar urticaria o reacciones alérgicas imprevisibles que pueden requerir un tratamiento urgente.
- El componente vasoconstrictor de la anestesia puede provocar, raramente, complicaciones cardíacas en pacientes con alteraciones de corazón, complicaciones que requieren un tratamiento urgente.
- El/la paciente declara que no ha tenido antecedentes de alergia a la anestesia local odontológica, y recibe medicación incompatible.

**Por lo que se refiere a la COLOCACIÓN DE PRÓTESIS ODONTOLÓGICAS:** Consiste en la reposición total o parcial de los dientes/molares ausentes o en la reconstrucción anatómica de los dientes que hayan perdido estructura. Si la prótesis es fija, hay que reducir (tallar, trabajar) los dientes adyacentes por lo que se puede presentar sensibilidad durante algún tiempo; a partir de dos o tres puentes o enganches, el puente podría partir debido a las fuerzas masticatorias. Si la prótesis es removible puede presentar en las primeras semanas náuseas, aumento de la saliva, dificultad para hablar y masticar. Pueden aparecer llagas por el roce y se necesitará un período de adaptación que puede exigir retoques en clínica. Si hay poco soporte óseo la prótesis debe rebasarse para corregir la pérdida ósea.

- Las prótesis odontológicas tienen como función la reposición total o parcial de las piezas ausentes o la reconstrucción anatómica de las que han perdido estructura.
- Toda prótesis odontológica necesita un tiempo de adaptación y posteriores ajustes.
- Las prótesis fijas que se aguantan o sostienen en las piezas vecinas requieren el tallado de estas. Este tallado puede provocar alteraciones del nervio y provocar sensibilidad. En el peor de los casos, se puede necesitar una endodoncia.
- Las prótesis móviles o removibles pueden aumentar el riesgo de caries en las piezas vecinas, especialmente las que llevan los retenedores (ganchos), por lo cual requerirá una higiene más extremada por parte del/la paciente. Cuando se desajusten, pueden provocar un desgaste anómalo en las piezas que llevan ganchos.
- Las prótesis completas pueden ocasionar pequeñas ulceraciones para presionar, que se han de ajustar, con más frecuencia la ubicada en el maxilar inferior. La prótesis superior puede provocar náuseas que desaparecen con la adaptación.
- En los casos de poco soporte óseo, las prótesis pueden no ser estables o carecer de retención suficiente para la función. La única solución, en ese caso, sería la colocación de implantes y eventualmente el relleno con hueso del propio paciente.

**IMPORTANCIA DE MIS ANTECEDENTES:** Sé que, si padezco de diabetes, hipertensión, cardiopatía, hemopatía, inmunodepresión, o me encuentro en tratamiento de quimioterapia o radioterapia, entre otras circunstancias, cualquiera aislada, o varias reunidas, pueden aumentar el riesgo de complicaciones.

Entiendo que, al finalizar el tratamiento, he de seguir escrupulosamente las instrucciones de higiene y de mantenimiento que me han explicado, así como la necesidad de visitar periódicamente al/la odontólogo/a, para poder detectar cualquier incidencia y tratar con mejor pronóstico cualquier complicación.

- He recibido las instrucciones personalizadas post intervención quirúrgica.
- He recibido las instrucciones de manejo y cuidado de la prótesis.

**CONSENTIMIENTO:** Por todo lo anterior, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos inherentes a los tratamientos que me van a realizar y consiento que se me practiquen los tratamientos odontológicos que necesito. Sé que en cualquier momento, puedo revocar el consentimiento que ahora manifiesto, sin expresión de causa.

**Firma del paciente o tutor.**

(Lugar)\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_

**Revocación:**

D/Dña.:\_\_\_\_\_

C.I.\_\_\_\_\_

**Revoco el consentimiento prestado en su día y no deseo proseguir el tratamiento, que doy aquí por finalizado.**

(Lugar)\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_

**Firma:**\_\_\_\_\_

**Aclaración de firma:**\_\_\_\_\_

.....