

**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:

- Tratamiento de implantología

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 los IMPLANTES DENTALES: El propósito es la reposición de los dientes perdidos mediante la colocación de implantes a los que se fijarán los dientes protésicos. El procedimiento se realizará en uno o dos actos quirúrgicos separados por varios meses, la cirugía consiste en incisión, despegamiento de colgajo, fresado para preparar el lecho, colocación del implante, reposición del colgajo y sutura. Puedo requerir injertos óseos. Sé que, aunque la técnica se realice correctamente, existe un porcentaje de fracasos que pueden requerir repetición de la intervención. También entiendo que, una vez colocada la prótesis, pueda fracturarse con la necesidad de sustituir algún tornillo o componente. Es imprescindible un seguimiento cada cierto número de meses, a fin de detectar precozmente y tratar con mejor pronóstico la aparición de cualquier complicación como la periimplantitis, que es una enfermedad periodontal en los implantes. Entiendo que el tratamiento no concluye con la colocación del implante, sino que será preciso visitar periódicamente al odontólogo y seguir escrupulosamente las normas de higiene que me ha explicado.

- El implante consiste en la colocación, dentro del hueso maxilar, de estructuras no biológicas, generalmente metálicas, o el relleno con hueso del mismo paciente, en los casos que se considere necesario, para soportar prótesis o piezas dentales fijas. El tipo, la metodología de la implantación y la prótesis posterior dependerá del profesional que realiza el tratamiento.
- Si el tratamiento implantológico es realizado por más de un profesional, cada uno será responsable de la parte realizada.
- El tratamiento se realizará con anestesia local o regional.
- Para un diagnóstico correcto, el/la profesional solicitará los exámenes complementarios que considere oportunos.
- Los implantes se colocarán si no hay contraindicaciones, según criterio facultativo, igual que las prótesis posteriores.
- En el postoperatorio se puede producir inflamación en la zona de la boca o cara, dolor, lesiones en la encía del paladar o lengua, o afectarse el seno maxilar, con la aparición de sinusitis o de las fosas nasales, que las tratará un/a especialista.
- Raramente pueden afectarse nervios o terminaciones nerviosas vecinas con alteraciones de la sensibilidad según la afectación, en el labio, mentón, lengua o encías, de carácter transitorio, pero alguna vez, de carácter permanente.
- Puede afectarse la raíz de alguna pieza próxima.
- Existe en ocasiones la posibilidad de la pérdida de algún implante o de la prótesis que soporta. Este hecho puede comportar la repetición de la intervención. En casos excepcionales, la colocación o la extracción del implante puede comportar la fractura maxilar.

- Es obligado un seguimiento a largo plazo y seguir escrupulosamente las normas de higiene, lo cual el/la paciente asume plenamente. No acudir a las revisiones y controles puede comportar complicaciones futuras, no imputables al/a los profesional(es) que han realizado el tratamiento.
- Es posible la fractura de la(s) prótesis y la consecuente necesidad de reparar o sustituir algún componente del implante.
- El hábito de fumar y el consumo de mate, así como el consumo de aspirinas en las 72-96 horas siguientes a practicada la intervención están contraindicados, y siempre empeoran el pronóstico, o pueden producir hemorragias de difícil tratamiento.
- En el caso que el paciente reciba medicación anticoagulante, con el previo consentimiento de su médico tratante, deberá suspender su ingesta siete días antes y hasta siete días después de la intervención odontológica.

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: _____

.....