

**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:**

**Procedimiento a realizar (señalar el que corresponda):**

- Odontología conservadora de.....pieza(s) dental(es)

**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 ODONTOLOGÍA CONSERVADORA (Empastes):** El tratamiento consiste en limpiar la cavidad de tejido enfermo y rellenarla posteriormente para conseguir un sellado hermético, conservando el diente/molar. Es frecuente que se produzca una mayor sensibilidad, sobre todo al frío, que normalmente desaparecerá de modo espontáneo. Si advierto signos de movilidad o alteraciones de oclusión (dificultad en la mordida), volveré a la consulta. El sellado hermético puede reactivar procesos infecciosos que hagan necesaria la endodoncia y que, especialmente si la caries es profunda, el diente/molar quedará frágil y podrá ser necesario llevar a cabo otro tipo de reconstrucción o colocar una corona protésica. Es posible que no me encuentre satisfecho con la forma y el color del diente tras el tratamiento, porque las cualidades de las restauraciones directas nunca serán idénticas a su aspecto sano.

- La obturación de la(s) pieza(s) dental(es) indicada(s) consiste en la eliminación del tejido dental afectado por la caries, sustituyéndolo por un material odontológico que sella herméticamente la cavidad resultante y en algunos casos procura reconstruir la forma de la(s) pieza(s) dental(es) afectadas. De esta manera se podrá(n) conservar la(s) pieza(s) dental(es) y retornar la función y de alguna manera la estética.
- Con una determinada frecuencia la(s) pieza(s) tratada(s) queda(n) más sensible(s) durante poco tiempo o puede ser necesaria alguna visita ulterior para ajustar la(s) obturación(es).
- Incluso con obturaciones perfectamente realizadas, no se pueden evitar alteraciones de la pulpa dental. El proceso generador de la caries puede haber alterado de manera irreversible el nervio de la pieza dental, y hacer necesaria una endodoncia.
- En casos de caries extensas o profundas, teniendo en cuenta que hay menos tejido dental sano, puede ser necesaria la colocación de una funda o corona protésica parcial o completa para disminuir el riesgo de fractura.
- Cuando hay escaso tejido dental sano puede producirse una irritación o necrosis de la pulpa dentaria por efecto del calor producido por la fricción de la fresa (turbina) empleada.

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

.....