

**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 ortodoncia

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 ORTODONCIA: El propósito principal es conseguir una alineación correcta de los dientes para prevenir posteriores problemas y optimizar una reposición dentaria posterior, obtener una correcta función masticatoria y un mejoramiento estético. La técnica consiste en la colocación de una aparatología adecuada para mover los dientes y llevarlos a su posición correcta. Las placas removibles se pueden perder y el costo de la repetición correrá por mi cuenta. Las bandas pueden producir úlceras y llagas, y puede producirse la reabsorción de la raíz o la disminución de la encía, necesitando tratamiento posterior. El tratamiento correcto puede implicar la necesidad de extraer algún diente o muela sanos. El tratamiento puede ser prolongado, no dependiendo de la técnica empleada ni de su correcta realización, sino de factores generalmente biológicos, de la respuesta de mi organismo, impredecible, y durante todo ese tiempo deberé extremar la higiene para evitar la caries y posibles enfermedades periodontales. Al finalizar el tratamiento, debo visitar al facultativo periódicamente, para evitar recidivas, y que pueda ser necesaria la extracción de las muelas del juicio.

- El objetivo del tratamiento de ortodoncia es conseguir una posición, estética y función dentales correctas. Se obtiene con la colocación de aparatos fijos, móviles o removibles, según la técnica o el criterio del/de la facultativo/a.
- Para un tratamiento adecuado, es necesario un diagnóstico correcto, para lo cual el/la profesional necesitará exámenes complementarios.
- Es posible que el tratamiento adecuado implique la extracción de piezas dentales definitivas sanas, según el criterio del/de la facultativo/a. Las extracciones se indicarán con el diagnóstico correcto.
- El tratamiento de ortodoncia, por motivos obvios, será de larga duración y por su propia naturaleza, aparatos en la boca, implica un mayor riesgo de problemas de encías y caries, por lo cual es imprescindible extremar las medidas de higiene. Si aparecen caries o problemas de encías, los tratamientos necesarios son independientes del tratamiento de ortodoncia.
- La duración es variable y dependerá de muchos factores como la técnica del profesional, factores biológicos o respuesta propia del organismo o de otros, según cada caso.
- Es absolutamente imprescindible acudir a las citas de tratamiento. No acudir a las visitas de tratamiento implica una mayor duración del tratamiento y la posible aparición de complicaciones.
- La colocación de aparatos en la boca necesitará de un tiempo de habituación, con las consecuencias molestias dentales, aftas o lesiones de las mucosas.
- No muy a menudo, pueden aparecer lesiones en las raíces de las piezas movidas y en la encía, con necesidad de tratamiento posterior, como también reabsorciones óseas.
- Los aparatos removibles pueden perderse o extraviarse. La elaboración de aparatos nuevos irá a cargo del/de la paciente.
- Al finalizar el tratamiento es necesario un seguimiento adecuado para evitar movimientos dentales indeseados. Son necesarias revisiones según el criterio del/de la profesional. No

acudir a las revisiones o no llevar todo el tiempo los aparatos de mantenimiento eximen al profesional de las recidivas que se puedan producir.

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: _____

.....