



CONSENTIMIENTO INFORMADO
CLÍNICA INTEGRADA ODONTOLÓGICA I, II (PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE)
APROBADO POR RESOLUCION DECANATO N° 08/2018 DE FECHA 16 DE FEBRERO DE 2018

Lugar y fecha: Universidad Nacional de Caaguazú Facultad de Odontología "Santo Tomás de Aquino"; __/__/__
Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones, léalo atentamente y consulte todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que se pueda realizar dicho procedimiento.

El/la que suscribe _____, C.I. N° _____, con domicilio en
calle _____ otorgo mi consentimiento a la colocación de una prótesis dental
removible en el/los elemento/s N° _____ propuesto por el/la Dr _____.

A propósito declaró haber sido informado y haber comprendido acabadamente que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes tras la pérdida de los naturales a través de aparatos portadores de dientes artificiales que se sujetan a los naturales mediante dispositivos no rígidos (ganchos) y a veces se sujetan sobre el hueso cubierto de mucosa.

MATERIAL CONVENIDO:

LIMITACIONES

Con el tiempo, los dientes naturales remanentes en la boca se desplazan o cambian de posición, sobre todo los que resultan recargados por la prótesis, y además, el hueso sobre el que estos se apoyan también cambia de forma, con lo que dichos aparatos se desadaptan y podrían producir molestias y ulceraciones que requieran la adecuación y/o sustitución al cabo de un tiempo variable.

Además, los elementos metálicos (y también los plásticos) de los aparatos de prótesis removible pueden experimentar fracturas con el uso.

RIESGOS TÍPICOS

. Sensación extraña de ocupación; más producción de saliva de lo normal;
. Disminución del sentido del gusto; dificultades de pronunciación, debido al espacio que ocupa la prótesis; es probable que se muerda fácilmente en las mejillas o lengua; a veces se percibe opresión o dolor en dientes y encías; todas molestias que suelen desaparecer en poco tiempo; probable cambio de color.

RIESGOS PERSONALIZADOS

Además de los riesgos antes descriptos, por mis circunstancias especiales hay que esperar los siguientes riesgos:

Entiendo y he sido informado de que existen posibles riesgos y complicaciones asociados con la administración de anestesia local, sedación y las drogas. El más común de ellas es la hinchazón, sangrado, dolor, náuseas, vómitos, aparición de moretones, hormigueo y/o prolongados adormecimiento de los labios, las encías, la cara y las reacciones alérgicas la lengua, hematoma (inflamación), desmayos, morderse los labios y la mejilla, con ulceración e infección de la mucosa. También entiendo que hay riesgos poco comunes y potenciales, tales como reacciones adversas a los medicamentos, al igual que colapso respiratorio y cardiovascular (parada de la respiración y la función del corazón) y la falta de oxígeno en el cerebro que podrían resultar en coma o la muerte.

RECOMENDACIONES

. Los primeros días, procure cerrar la boca y masticar con cuidado para no morderse y sobrecargar las encías.
. Inicialmente, mastique suavemente alimentos blandos y no pegajosos, pasando poco a poco a comer productos más consistentes.
. Para tratar las heridas de mordeduras puede utilizar cicatrizantes.

INDICACIONES

. Lavar la prótesis y la boca después de cada comida.
. Una vez al día, limpiar la prótesis con cepillo especial y un poco de pasta dentífrica o jabón, para evitar la formación de sarro. Después aclárelas con agua.
. Es aconsejable que se dé masajes en las encías para mejorar su riego sanguíneo y prevenir en lo posible su reabsorción.
. Se debe realizar revisión cada seis meses para observar el estado de los dientes y mucosas, realizar adaptaciones para corregir desajustes provocados por el cambio de forma de los maxilares y posición de los dientes que siempre ocurren con el paso del tiempo.
. Acudir a una consulta inmediata siempre que aparezcan ulceraciones, dolor o inestabilidad de la prótesis

He leído las instrucciones de manejo, cuidado y mantenimiento que me ha entregado el Dr. _____ y he comprendido todas las explicaciones que se me han facilitado en lenguaje claro y sencillo, he podido realizar todas las observaciones y se me han aclarado todas las dudas; por lo que estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir retoques, por lo que me comprometo a regresar a la próxima consulta el día ____/____/____ Hora ____.

Firma del Paciente.

Firma y sello del Profesional

Firma del Alumno Responsable

Aclaración:

C.I.C N°:

