



CONSENTIMIENTO INFORMADO  
CLINICA INTEGRADA ODONTOLÓGICA – PERIODONCIA  
APROBADO POR RESOLUCION DECANATO Nº 08/2018 DE FECHA 16 DE FEBRERO DE 2018

Lugar y fecha: Universidad Nacional de Caaguazú - Facultad de Odontología "Santo Tomás de Aquino" \_\_/\_\_/\_\_  
Cátedra de: \_\_\_\_\_

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 pueda realizar dicho procedimiento.

El/la que suscribe \_\_\_\_\_, C.I.C. Nº \_\_\_\_\_, con domicilio en calle \_\_\_\_\_ otorgo mi consentimiento a la realización de un tratamiento periodontal en el/los elemento/s Nº \_\_\_\_\_ propuesto por el/la Dr. \_\_\_\_\_.

A propósito declaró haber sido informado y haber comprendido acabadamente que el objeto del tratamiento es la eliminación de una sustancia bacteriana conocida como placa dental, la cual es la principal responsable de la enfermedad periodontal, y cálculos, que son acumulación de depósitos duros en el diente por encima o por debajo del margen gingival, el tratamiento requiere un raspado durante el cual se utilizan instrumentos de mano afilados para eliminar los cálculos, las placas y la bacteria; un curetaje, mediante el cual se elimina cualquier tejido necrótico (muerto) y se limpia el área o la cavidad, y un alisado de la raíz, mediante el cual se alisa y se perfila la superficie de la raíz para eliminar los restos y el cemento encontrados en la cavidad periodontal. Es posible que el tratamiento incluya medicamentos o lavajes bucales especiales para ayudar a controlar el crecimiento de la bacteria.

**LIMITACIONES**

El éxito del tratamiento depende en parte de que usted se comprometa a cepillarse los dientes y usar el hilo dental, cepillo interdental diariamente, a recibir limpiezas regulares según le sean indicadas, a seguir una dieta saludable, a evitar el tabaco y a cumplir con un plan de cuidado en el hogar que se le enseñara en esta cátedra.

**RIESGOS TÍPICOS**

- Entiendo que mis encías pueden sangrar o inflamarse y que es posible que experimente una molestia durante varias horas que pueden persistir por días, después de que acabe el efecto de la anestesia.
- Entiendo que como las limpiezas incluyen el contacto con bacteria y tejido infectado en mi boca es posible que también experimente una infección, la cual sería tratada con antibióticos.
- Entiendo que mantener mi boca abierta puede causar tumefacción o trismus que pueden persistir por varios días.
- Entiendo que cuando cicatriza mi encía este puede retraerse (encogerse) y dejar expuesta parte de la superficie de la raíz lo que me provocara sensibilidad al calor y el frío.
- Entiendo que dependiendo de mi condición dental actual, problemas de salud existentes, o medicamentos que pueda estar tomando, estos métodos por sí solos tal vez no reviertan por completo los efectos de la enfermedad periodontal o prevengan problemas futuros.
- Entiendo que tal vez reciba anestesia local y/u otro medicamento que me pueden provocar alergia o pueda causar daño temporal o permanentes en los nervios, para lo cual requiera una atención médica de emergencia.

**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**

- Cepillarse después de ingerir cualquier tipo de alimentos.
- Evite comer alimentos duros como frutos secos con cáscara, huesos, etc.
- No desgarrar los alimentos, procure alimentarse con cubiertos para de esa forma ayudar a las piezas dentarias a realizar el menor esfuerzo posible.
- Utilizar el hilo dental y el cepillo interdental como se lo indicó el Dr.
- Realizar los lavajes bucales como le indico el Dr.

**INDICACIONES**

- La limpieza se hará periódicamente como lo indique el Dr, preferiblemente cada \_\_\_\_\_ (mantenimiento).
- Es importante mantener una correcta higiene oral en el resto de los dientes, independientemente de la enfermedad periodontal
- Se debe realizar revisión cada seis meses para comprobar y corregir la inflamación de encías, movilidads dentarias, corrección oclusal.
- Acudir a una consulta inmediata siempre que aparezcan alguna anomalía.

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 se ha examinado los riesgos, beneficios, consecuencias y alternativas a los planes de tratamiento periodontal, que si no se aplica ningún tratamiento o el tratamiento comenzado es interrumpido o discontinuado, mi enfermedad puede continuar y probablemente empeorar, por lo que me comprometo a regresar a la próxima consulta el día \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_.

Firma del Paciente. \_\_\_\_\_

Aclaración:

C.I.C. Nº:

Firma y sello del Profesional \_\_\_\_\_

Firma del Alumno Responsable \_\_\_\_\_

