

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TRATAMIENTO DE HIGIENE BUCAL

Para satisfacción de los Derechos del Paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Terapéuticos y Diagnósticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad y la Ley 41/2002:

D/D^a: _____ con D.N.I. _____
como paciente (padre/madre, tutor/tutora o representante legal) en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente

DECLARO que:

El/la DR/DRA, me ha explicado que es conveniente, en mi situación proceder a la aplicación del tratamiento de Higiene bucal (Tartrectomía) dándome la siguiente información:

- El propósito principal del tratamiento tiene como finalidad la eliminación de los factores irritativos e infecciosos locales (cálculo dental o masa mineralizada adherida a la superficie de los dientes y su margen gingival libre y placa bacteriana) para conseguir el mantenimiento de los dientes en tiempo, función y estética, evitando movilidad, pérdida de hueso y caída de los dientes.
- El sarro o cálculo es un factor irritante que en el caso de no eliminarlo dará lugar a una inflamación de las encías (gingivitis y periodontitis) que se manifestará con dolor, hinchazón y sangrado de las mismas y que llega a afectar a los tejidos de soporte de los dientes.
- La técnica se lleva a cabo mediante un aparato de ultrasonidos que produce una vibración que hace desprender el cálculo del diente o bien de forma manual mediante instrumental específico. Aunque no es una técnica dolorosa, si puede resultar en algunos casos molesta dependiendo de la sensibilidad dentaria de cada persona.
- También se realizará la remoción de manchas dentales extrínsecas y pulido especializado con pasta abrasiva, o bien mediante un aeropulidor (AirFlow) con el sistema a base de bicarbonato de sodio a presión.
- El tratamiento, en principio, no necesita la administración de anestesia local. En caso de necesitarla, se podrá administrar vía tópica, administrando benzocaína en gel difundiendo a través de la mucosa, para aliviar levemente el dolor provocado por la sensibilidad dental.

RIESGOS PROBABLES EN CONDICIONES NORMALES.

- Es frecuente que después del tratamiento advierta un aumento de la sensibilidad dentaria o movilidad que normalmente desaparecerán bien espontáneamente o bien por tratamiento posterior.
- Aunque se practiquen los medios diagnósticos que se han estimado precisos, pueden producirse procesos edematosos, inflamación, dolor o laceraciones en la mucosa del labio o mejilla, o en la lengua, que no dependen de la técnica empleada, sino que son imprevisibles, aunque relativamente frecuentes.
- En caso de ser necesaria la anestesia el paciente tendrá la sensación de acorchamiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer en un plazo corto de tiempo.
- Puede producirse un cierto alargamiento de los dientes, más perceptible al sonreír, como consecuencia prácticamente segura de la desinflamación del tejido afectado, y que puede producirse movilidad dentaria.

- También pueden producirse una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias, que podrán requerir tratamiento complementarios médicos. Los casos más comunes son:

a) Pacientes con restauraciones del tercio gingival, coronas y carillas: debido a la vibración del ultrasonido, éstas podrán soltar, arañarse, descementarse, etc.

b) Exposición radicular por migración de la encía, dando lugar a la sensibilidad dental.

c) Pacientes portadores de marcapasos: el paciente entiende que, de no informar de portar dicho elemento, está poniendo en peligro el correcto funcionamiento de éste y que, por lo tanto, renuncia al derecho a denunciar, puesto que está omitiendo un dato importante para la realización de cualquier acto médico, poniendo en peligro su salud.

d) Pacientes inmunosuprimidos: por posibles septicemias.

e) Pacientes hemofílicos o con problemas hemorrágicos.

f) Pacientes con diabetes grave no controlada.

g) Pacientes con cardiopatías: riesgo de endocarditis y mayor riesgo de sangrado, ya que, suelen estar tratándose con anticoagulantes. En estos casos, el odontólogo/estomatólogo, valorará la posibilidad de no tratar al paciente, de sustituir el tratamiento por otro más acorde a la situación del paciente, a pautar cobertura antibiótica previa o cualquier otra preocupación, según cada caso.

h) En caso de tener una prótesis articular de sustitución el paciente deberá ponerlo en conocimiento del profesional sanitario para tomar las medidas oportunas.

ADVERTENCIAS IMPORTANTES.

- Es necesario visitar al facultativo periódicamente, y cuidar especialmente la higiene dental. Se ha explicado también pormenorizadamente la importancia del cuidado dental y el mantenimiento con visitas periódicas, prescritas por el odontólogo, al menos una vez al año, de sesiones de profilaxis e higiene dental, realizadas por el médico o higienista, que deberán realizarse a lo largo de toda la vida.

- El objetivo perseguido puede no obtenerse, total o parcialmente, con independencia de la técnica empleada y de su correcta realización, y de que, sin esmerada contribución por parte del paciente, en el control de placa, mediante la higiene, los objetivos perseguidos no se pueden cumplir.

SITUACIÓN FINAL.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el facultativo me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Si surgiera cualquier situación inesperada durante la intervención, autorizo a mi especialista a realizar cualquier procedimiento o maniobra que, en su juicio clínico, estime oportuna para mi mejor tratamiento.

También comprendo, que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, me considero en condiciones de ponderar debidamente tanto los riesgos como la utilidad y beneficio que puedo obtener del tratamiento. Así pues, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y por ello, **Yo DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se realice el tratamiento. Para que conste firmo el presente,

Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal

Profesional..... N°Colegiado.....

En a de..... de.....



CONSENTIMIENTO INFORMADO

BLANQUEAMIENTO EXTERNO

Para satisfacción de los Derechos del Paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Terapéuticos y Diagnósticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad y la Ley 41/2002:

DECLARO que:

He sido informado de que el objetivo del tratamiento de Blanqueamiento externo es la aplicación en diversas sesiones en la clínica de odontología o en el domicilio, de un gel blanqueador que al liberar oxígeno y otras sustancias sobre los tejidos duros del diente los blanquea.

Solo un Odontólogo puede prescribir la indicación de un blanqueamiento dental, ya que existen pacientes en los que no se debe ni puede realizar.

La aplicación del producto blanqueador en forma de gel se realiza, generalmente, mediante su colocación en con unas cubetas personalizadas se confeccionan a medida, logrando un ajuste máximo a la forma de los dientes.

Esto significa que la cantidad de gel que se coloque debe ser reducida, con el objetivo de prolongar la vida del producto y facilitar la eliminación del sobrante una vez sea colocada en la boca.

Tras su aplicación se van a producir algunos efectos secundarios habituales como el aumento de la sensibilidad de los dientes, sobre todo en pacientes que ya presentan cierta hipersensibilidad.

Los productos blanqueadores sólo tienen efecto en los dientes naturales, es decir, tanto las coronas (fundas) como las obturaciones (empastes) previos no modifican su aspecto, pudiendo existir una disparidad de color una vez concluido el blanqueamiento.

En casos de alteraciones del color de los dientes muy severas, los resultados del blanqueamiento pueden no satisfacer nuestras expectativas.

Cuanto mayor sea la presencia de hábitos perjudiciales (tabaco, alcohol) o el consumo de alimentos coloreados menor será la duración del blanqueamiento y más habitual la recidiva.

El color del esmalte provocado por el envejecimiento, habitualmente no se soluciona con un blanqueamiento dental y requiere de técnicas más avanzadas como las reconstrucciones de composite o carillas de cerámica.

CONSIENTO..... NO CONSIENTO.....

Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal

Profesional..... N°Colegiado.....

En a de..... de.....



CONSENTIMIENTO INFORMADO

TRATAMIENTO DE ENDODONCIA

Para satisfacción de los Derechos del Paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Terapéuticos y Diagnósticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad y la Ley 41/2002:

DECLARO que:

Me han explicado que es necesario que se realice una Endodoncia uno o más dientes, con el objetivo principal de conservar el diente en mi boca.

He sido informado de que los objetivos de la endodoncia son eliminar el tejido pulpar inflamado o infectado, rellenar la cámara pulpar y los conductos radiculares con un material compatible que selle la cavidad e impida el paso de las bacterias y las toxinas. El procedimiento requiere la aplicación de anestesia local, lo que provocará una sensación de acorchamiento del labio o de la cara que desaparecerá al cabo de unas horas. Igualmente puede provocar bajadas de tensión y mareos.

Una vez finalizado el tratamiento es normal que el paciente pueda percibir dolor, sensibilidad al tacto o a la masticación en el diente tratado, que suele durar desde unos días hasta algunas semanas.

Generalmente es necesario reconstruir el diente endodonciado en un plazo corto de tiempo para minimizar la posibilidad de contaminación bacteriana desde la corona, reducir el riesgo de fractura o el cambio de coloración.

En ocasiones pueden ocurrir complicaciones durante el tratamiento que no se pueden detectar hasta ese mismo momento tales como una anatomía compleja, presencia de calcificaciones o la fractura de algún instrumento que impiden finalizar con éxito la endodoncia.

Si un tratamiento de endodoncia no consigue el objetivo previsto, puede necesitar la realización de un segundo tratamiento de endodoncia o bien la programación de una cirugía periapical.

CONSIENTO..... NO CONSIENTO.....

Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal

Profesional..... NºColegiado.....

En a de..... de.....



CONSENTIMIENTO INFORMADO

TRATAMIENTO DE CIRUGIA

Para satisfacción de los Derechos del Paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Terapéuticos y Diagnósticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad y la Ley 41/2002:

DECLARO que:

He sido informado de que el objetivo de los tratamientos de Cirugía oral es resolver determinadas situaciones clínicas tales como: exodoncia de dientes normales o incluidos o retenidos, restos radiculares, fenestraciones mucosas o tracción de dientes retenidos, frenillos labiales, cirugía preprotésica, extirpación de quistes maxilares y de pequeños tumores de los mismos, técnicas de biopsia, injertos maxilares y técnicas de regeneración tisular y ósea.

La intervención puede realizarse con anestesia local, sedación o anestesia general, con los riesgos inherentes a cada una de las técnicas.

Todos estos procedimientos suponen un indudable beneficio, sin embargo, no están exentos de complicaciones, algunas de ellas inevitables, siendo las más frecuentes las siguientes:

- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía oral.
- Hematoma e hinchazón de la región.
- Hemorragia postoperatoria.
- Infección postoperatoria, osteítis y osteonecrosis.
- Dehiscencia e infección de los puntos de sutura.
- Daño sobre los dientes vecinos.
- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente de las terminaciones nerviosas.
- Infección secundaria de los tejidos o del hueso. Alveolitis.
- Sinusitis. Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
- Fracturas óseas.
- Desplazamiento de dientes a estructuras vecinas.
- Aspiración del instrumental, de los dientes o de alguna de sus partes.

- Fracaso del tratamiento o no alcanzar los objetivos terapéuticos planificados.

Todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.

CONSIENTO..... NO CONSIENTO.....

Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal

Profesional..... NºColegiado.....

En a de..... de.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO



TRATAMIENTO DE ORTODONCIA

Para satisfacción de los Derechos del Paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Terapéuticos y Diagnósticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad y la Ley 41/2002:

DECLARO que:

He sido informado de que el objetivo del tratamiento de Ortodoncia es mejorar la salud de mi boca al conseguir una alineación adecuada de los dientes, así como una relación intermaxilar que propicie una oclusión normal, además de mejorar la apariencia estética de la sonrisa.

He sido informado de que el tratamiento de Ortodoncia es a veces impredecible y que por tanto pueden existir modificaciones importantes con respecto a la planificación inicial.

Que antes de iniciar dicho tratamiento he sido informado de que existe el riesgo de sensibilidad dentaria debido a las fuerzas ejercidas sobre los dientes o maxilares, así como irritación de encías, labios, mejillas y lengua, generalmente en la fase inicial.

Existe la posibilidad de que se produzcan reabsorciones radiculares de uno o varios dientes sometidos a fuerzas de ortodoncia. Este fenómeno es infrecuente y de origen desconocido, y en muchas ocasiones exige un nuevo planteamiento terapéutico.

Durante el tratamiento debo de extremar las medidas de higiene oral, ya que la aparatología podría aumentar la aparición de manchas blancas permanentes (descalcificaciones), caries dental, gingivitis o incluso periodontitis.

Debido al proceso de desarrollo óseo y de la erupción dentaria, el tratamiento podría alargarse más tiempo del planificado. Además, es relativamente frecuente que durante el curso del tratamiento se produzcan despegamientos o roturas de los aparatos utilizados, que exigen una consulta inmediata con el ortodontista.

Tras finalizar el tratamiento es necesario utilizar algún sistema de retención para evitar modificaciones posteriores de la posición de los dientes. Esta fase de retención también precisa revisiones, así como el mantenimiento escrupuloso de la higiene oral.

He sido informado de que la técnica con alineadores solo puede ser indicada y planificada por un odontólogo, siendo este el único responsable de su diagnóstico, colocación en boca y control periódico.

Autorizo al director sanitario de este centro a transmitir por vía telemática mis datos clínicos, así como mis registros clínicos a la empresa encargada de fabricar los alineadores ya se encuentre en territorio nacional o el extranjero, y no pudiendo ser empleados por ningún otro motivo, salvo autorización expresa.

CONSIENTO..... NO CONSIENTO.....

Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal

Profesional..... NºColegiado.....

En a de..... de.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO



ABANDONO TRATAMINETO ORTODONCIA

D/DÑA _____ CON _____ D.N.I. _____
como paciente en caso de menores como tutor, he sido informado por la Dra. _____
con el número de colegiado _____ sobre las posibles consecuencias por el abandono del
tratamiento de ortodoncia, y sus posibles riesgos complicaciones como:

- Al ser un tratamiento de ortodoncia planificado en conjunto, la interrupción prematura del mismo podría significar quedar en un estado peor oclusal y /o de alineación dental al que se tenía al inicio del tratamiento.
- Al no quedar estabilizado el tratamiento de ortodoncia (para lo que se requiere su finalización), la posibilidad de perder los posibles avances obtenidos es muy alta.
- Al no quedar estabilizada la oclusión, los posibles contactos dentales anómalos podrían provocar problemas en el sistema estomatognático (bucodental) y en la ATM. Por todo ello le informamos:
- La necesidad de finalizar el tratamiento, si a pesar de todo lo anteriormente expuesto decide interrumpir el tratamiento de ortodoncia, le informamos la necesidad de retirar la aparatología de ortodoncia existente y posibles restos de cemento, también nos prestamos a informarle del estado actual de su boca y tratamientos necesarios para conseguir una buena salud bucal.

Asimismo, por sus especiales condiciones personales.....puede presentar riesgos añadidos. Asimismo, comprendo el alcance y el significado de dicha información y consiento en

someterme al procedimiento clínico de retirada de brackets/ aparatología ortodóntica por decisión propia, aun siendo consciente de que el tratamiento no está finalizado.

También he sido informado de la posibilidad de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, incluyendo las posibles consecuencias que conlleva el no someterse al tratamiento propuesto, así como los riesgos que de esta decisión pudieran derivarse en relación con mi salud bucodental.

Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal

En a de..... de.....



CONSENTIMIENTO INFORMADO

TRATAMIENTO PERIODONTAL

Para satisfacción de los Derechos del Paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Terapéuticos y Diagnósticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad y la Ley 41/2002:

DECLARO que:

He sido informado de que el objetivo del tratamiento Periodontal es la eliminación de los factores irritativos e infecciosos que afectan a los tejidos de soporte de los dientes, alisar las superficies de las raíces para facilitar la adhesión de la encía al diente y reducir las bolsas periodontales, todo ello con el propósito de limitar la movilidad de los dientes y la pérdida de los mismos.

El procedimiento requiere la aplicación de anestesia local, lo que provocará una sensación de acorchamiento del labio o de la cara que desaparecerá al cabo de unas horas. Asimismo, puede provocar bajadas de tensión y mareos.

Es habitual que después del tratamiento advierta un aumento de la sensibilidad dentaria y movilidad de los dientes, que pueden desaparecer espontáneamente o pueden requerir tratamiento posterior. Además, es común apreciar un cierto alargamiento de los dientes como consecuencia de la eliminación del tejido enfermo.

Aunque se me han practicado los medios diagnósticos necesarios, es habitual que durante el tratamiento ocurran hechos imprevisibles, tales como: procesos edematosos, hinchazón, dolor o laceraciones en la mucosa del labio o mejilla o en la lengua, que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización.

El tratamiento de la enfermedad periodontal no es curativo de manera permanente, por lo que necesitare un tratamiento de mantenimiento a largo plazo, del que depende el éxito del tratamiento.

Si no logramos alcanzar con éxito los objetivos propuestos, estará indicada la repetición de este tratamiento o pasar a una segunda fase que consistiría en un tratamiento quirúrgico para eliminar las bolsas, aumentar la encía o bien tratar los defectos óseos, mediante injertos o técnicas regenerativas.

CONSIENTO..... NO CONSIENTO.....

Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal

Profesional..... NºColegiado.....

En a de..... de.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO



TRATAMIENTO DE PROTESIS

Para satisfacción de los Derechos del Paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Terapéuticos y Diagnósticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad y la Ley 41/2002:

DECLARO que:

He sido informado de que el objetivo del tratamiento es la colocación de una Prótesis fija o removible, cuyos objetivos funcionales y estéticos son diferentes a los de las prótesis implantosoportadas.

El procedimiento puede requerir la aplicación de anestesia local, lo que provocará una sensación de acorchamiento del labio o de la cara que desaparecerá al cabo de unas horas. Es infrecuente que se produzcan bajadas de tensión y mareos.

Para la realización de una prótesis fija es imprescindible tallar o desgastar uno o más dientes y en ocasiones, el tallado puede provocar un daño en el nervio del diente que obligue a realizar una endodoncia.

La confección de una prótesis convencional requiere diversas visitas al odontólogo, que incluye la toma de registros y diversas pruebas funcionales previas a la colocación y adaptación en boca. Respecto a la prótesis definitiva, aunque los materiales cerámicos y de resina modernos tienen un aspecto muy natural, en ocasiones es imposible reproducir el brillo y tono exacto de los dientes originales.

Una vez colocada o cementada la prótesis comienza un periodo de adaptación de unas pocas semanas, durante el cual nuestra boca se adapta a la nueva situación durante la masticación y el habla. Además, podría haber un aumento de la salivación que también cederá progresivamente. Debido a las potentes fuerzas masticatorias, las prótesis y el cemento que utilizamos bajo las prótesis puede ir experimentando un deterioro que puede culminar con el hipotético despegamiento de la prótesis o su eventual fractura.

CONSIENTO..... NO CONSIENTO.....

Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal

Profesional..... N°Colegiado.....

En a de..... De.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ODONTOPEDIATRÍA

Para satisfacción de los Derechos del Paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Terapéuticos y Diagnósticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad y la Ley 41/2002:

DECLARO que:

Para poder realizar cualquier tratamiento en un paciente pediátrico es indispensable contar con la colaboración del niño/a. Es posible que precise del uso de ciertos procedimientos y fármacos que buscan controlar el comportamiento del niño/a para que el tratamiento pueda ser realizado con eficacia y seguridad. Se me han especificado claramente cuáles van a ser estas maniobras en caso de ser necesarias.



La mayoría de los procedimientos clínicos requieren la aplicación de anestesia local, lo que provocará una sensación de acorchamiento del labio o de la cara de mi hijo/a, la cual desaparecerá al cabo de unas horas. Más raramente, puede provocar bajada de tensión y mareo.

En ocasiones, un diagnóstico inicial de pulpotomía puede verse alterado por distintos motivos que compliquen su realización, por lo que será necesario proceder a una pulpectomía. Después de una pulpectomía puede ocurrir que no se consiga eliminar todas las bacterias y que por ello persista la infección. Si esto ocurriera, el tratamiento indicado sería la extracción del diente temporal.

Para que estos procedimientos tengan éxito que se espera o, en caso de que surja cualquier inconveniente este pueda ser solucionado cuanto antes, es fundamental acudir a las revisiones que se establezcan con el fin de analizar la evolución del tratamiento y examinar el estado bucal de mi hijo/a.

Los profesionales y los padres son los responsables de recordar la importancia que la higiene tiene en el mantenimiento de una correcta salud bucodental.

CONSIENTO..... NO CONSIENTO.....

Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal

Profesional..... N°Colegiado.....

En a de..... de.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TRATAMIENTO DE IMPLANTOLOGÍA

Para satisfacción de los Derechos del Paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Terapéuticos y Diagnósticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad y la Ley 41/2002:

DECLARO que:

He sido informado de que el objetivo de la inserción de un Implante es la reposición de los dientes perdidos, siendo su principal objetivo mejorar la función oclusal del paciente.



Me han informado que una alternativa a este tratamiento es la colocación de una prótesis convencional, aunque he elegido los implantes osteointegrados por sus beneficios.

El procedimiento requiere la aplicación de anestesia local, lo que provocará una sensación de acorchamiento del labio o de la cara que desaparecerá al cabo de unas horas. Asimismo, puede provocar bajadas de tensión y mareos.

No es frecuente que se puedan producir comunicaciones con los senos nasales o con las fosas nasales y lesiones en las raíces de los dientes adyacentes, que pueden requerir tratamiento posterior. Con menos frecuencia e independientemente de la técnica empleada y de su correcta realización, es posible que se produzcan lesiones de tipo nervioso, por afectación de las terminaciones nerviosas o nervios próximos, lo que puede generar pérdida de sensibilidad en los labios, mentón, la lengua o la encía, dependiendo del nervio afectado.

Aunque la técnica se realice correctamente, existe la posibilidad de que se produzca un fracaso del tratamiento, que pueda requerir la repetición de la intervención en las mismas condiciones o con alguna cirugía previa como es los injertos de hueso o la elevación del seno maxilar.

Entiendo que el tratamiento no concluye con la colocación del implante, sino que es preciso realizar revisiones periódicas obligatorias y seguir escrupulosamente las normas de mantenimiento que me indiquen.

También he sido informado que, una vez colocada la rehabilitación protética, esta pueda fracturarse con la consiguiente necesidad de sustituir algún tornillo o componente de la misma. Los pacientes con problemas oclusales fracturan las prótesis con mayor frecuencia.

Independientemente de la técnica utilizada, es posible la aparición de periimplantitis, con pérdida de hueso y eventualmente con la pérdida del implante. La periimplantitis puede ser una consecuencia de no respetar las revisiones y mantenimientos establecidos.

CONSIENTO..... NO CONSIENTO.....

Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal

Profesional..... NºColegiado.....

En a de..... de.....



CONSENTIMIENTO INFORMADO

TRATAMIENTO DE EXODONCIA

Para satisfacción de los Derechos del Paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Terapéuticos y Diagnósticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad y la Ley 41/2002:

DECLARO que:

He sido informado de que el objetivo del tratamiento es la Exodoncia de un diente que es irrecuperable desde el punto de vista odontológico o es perjudicial para la salud, función y estética oral.

El procedimiento requiere la aplicación de anestesia local, lo que provocará una sensación de acorchamiento del labio o de la cara que desaparecerá al cabo de unas horas. Así mismo, puede provocar bajadas de tensión y mareos.

Aunque me han realizado los diagnósticos necesarios, comprendo que es posible que el estado inflamatorio del diente pueda producir un proceso infeccioso y requiera un tratamiento farmacológico.

De igual manera durante su realización pueden producirse otras complicaciones como hemorragia, la rotura de la corona, heridas en la mucosa de la mejilla o en la lengua, inserción de la raíz en el seno maxilar, fractura del maxilar; que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas.

Las complicaciones más habituales son: dolor e inflamación de la zona, aparición de hematomas, alveolitis, pequeños daños en los tejidos blandos, que van a requerir un control de su evolución y un tratamiento específico.

Todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.

CONSIENTO..... NO CONSIENTO.....

Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal

Profesional..... N°Colegiado.....

En a de..... de.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TRATAMIENTO DE OBTURACIÓN Y RECONSTRUCCIONES DENTARIAS



Para satisfacción de los Derechos del Paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Terapéuticos y Diagnósticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad y la Ley 41/2002:

DECLARO que:

El objetivo principal de la obturación es eliminar el tejido enfermo del diente y rellenarlo posteriormente para conseguir un sellado hermético, devolviendo la función y estética a la pieza dental.

El procedimiento requiere la aplicación de anestesia local, lo que provocará una sensación de acorchamiento del labio o de la cara que desaparecerá al cabo de unas horas. También se pueden generar bajadas de tensión y mareos. Es habitual que, como efecto postoperatorio, el diente tratado presente durante unos días una mayor sensibilidad, sobre todo al frío, así como leves molestias al masticar. Si estas molestias persisten más tiempo debo volver a la consulta ante la posibilidad de realizar un tratamiento de endodoncia.

A pesar de que los materiales con los que se restaure mi diente imitan la apariencia del mismo, es posible que se perciban diferencias, ya que las cualidades de la obturación nunca serán idénticas a las del diente sano.

A pesar de que el diagnóstico inicial no lo perciba, a veces las caries son muy profundas y se puede producir una invasión de la cámara pulpar o advertir presencia de reabsorciones internas, que pueden exigir la realización de endodoncia y una posterior reconstrucción.

La duración de una obturación o reconstrucción no dependerá tanto del tratamiento, como del estado previo del diente, la afectación de los tejidos blandos periodontales y del mantenimiento y revisiones que realice de estas intervenciones.

CONSIENTO..... NO CONSIENTO.....

Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal

Profesional..... NºColegiado.....

En a de..... de.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

EXPLORACIÓN RADIOGRÁFICA

Para satisfacción de los Derechos del Paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Terapéuticos y Diagnósticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad y la Ley 41/2002:

DECLARO que:

El doctor/a abajo firmante, me ha explicado e informado que es conveniente, proceder a la realización de una exploración radiográfica para el diagnóstico de mi proceso clínico:

Panorámica

Periapical

Tomografía

Lateral de Articulación

Número de radiografías requeridas: _____

También me ha aportado la siguiente información:

- El propósito principal de esta prueba diagnóstica es obtener una imagen detallada de una determinada zona de la cavidad oral (radiografía periapical) o bien de los cuatro cuadrantes en que se divide la boca (radiografía panorámica), en dichas imágenes observaremos las diferentes dientes y tejidos que las rodean.
- Me han explicado que el objetivo de esta radiografía es conseguir una imagen que nos permita diagnosticar diferentes patologías, como son caries, procesos infecciosos y otros.
- Comprendo que la exposición a la radiación (Dosis promedio para radiografías dentales es de cerca de 1 a 3 mrad – 0,00001 a 0,00003 Gy por película) utilizando este tipo de técnicas radiográficas es muy baja, aunque el operador intentara hacer siempre el menor número de radiografías posibles.
- Me han explicado que durante el procedimiento debo estar solo, sin moverme sujetando la placa en caso de radiografías periapicales o en la empuñadura en caso de radiografía panorámica como me ha explicado la persona encargada del proceso. En el caso de que no pudiera realizar este procedimiento yo solo, necesitaría ayuda de un familiar que nunca sería una mujer embarazada.
- Igualmente comprendo que se trata de un procedimiento que puede ser realizado por un odontólogo, auxiliar de odontología, o radiólogo debidamente autorizado.
- También me han advertido de que existen elementos que tiene por objeto reducir la radiación sobre zonas importantes del organismo como pueden ser los protectores o chalecos plomados y la importancia de la utilización de los mismos.
- La persona encargada me ha explicado que debo retirarme los objetos de metal que tenga en la cabeza y cuello.

• ¿Está usted en estado de gestación? Sí No No sabe

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el /la persona encargada me ha atendido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas planteadas. En tales condiciones, CONSIENTO que se me realice el procedimiento, y para que conste firmo el presente documento.

CONSIENTO..... NO CONSIENTO.....

Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal

Profesional..... N°Colegiado.....

En a de..... de.....



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PULPOTOMÍA O PULPECTOMÍA

Para satisfacción de los Derechos del Paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Terapéuticos y Diagnósticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad y la Ley 41/2002:

DECLARO que:

Yo como paciente o como su representante, con DNI declaro que he sido debidamente informado/a por el Dr./Dra. Y en consecuencia autorizo al Dr./Dra. a que me realice el procedimiento diagnóstico/terapéutico y he comprendido las siguientes explicaciones:

1. Que es conveniente en mi situación proceder a realizar el tratamiento pulpar en diente temporal o PULPOTOMÍA o PULPECTOMÍA de un diente.
2. Que su propósito principal es la eliminación del tejido pulpar inflamado o infectado del interior del diente.
3. Que el tratamiento alternativo es la extracción del diente temporal y la colocación de un mantenedor de espacio.
4. Que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor.
5. Que tendré la sensación de acorchamiento u "hormigueo" de la cara, e incluso paralización temporal de los músculos periorales alcanzados por la anestesia, que puede provocar una pequeña asimetría facial, que normalmente van a desaparecer en tres o cuatro horas.
6. Que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre, ulceración de la mucosa y dolor, heridas por mordedura de las zonas insensibilizadas y menos frecuentemente, anestesia o parestesias en la zona inervada por lesión del nervio herido durante algunas semanas, limitaciones en el movimiento de la apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior. La anestesia también puede provocar bajada de tensión que, en casos menos frecuentes, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente, e incluso excepcionalmente la muerte.
7. Que, aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias al agente anestésico, puede provocar urticaria, dermatitis, asma, edema angioneurótico (asfixia), que incluso puede requerir tratamiento urgente.
8. Aunque es absolutamente excepcional, un movimiento brusco de la cabeza durante la administración de la anestesia podría provocar una rotura de la aguja, que no siempre puede retirarse sin causar daños colaterales por las heridas que hay que infligir en la zona hasta localizar el fragmento (aunque dejarlo sin extraer suele ser perfectamente tolerado).

9. Que la intervención consiste en la eliminación del tejido enfermo y rellenar la cámara pulpar y los tejidos radiculares con un material que selle la cavidad e impida el paso a las bacterias y toxinas infecciosas, conservando el diente.

10. Que, a pesar de realizar correctamente la técnica, lo normal es que duela durante varios días e incluso hincharse la cara.

11. Que, a pesar de realizarse correctamente la técnica, cabe la posibilidad de que la infección o el proceso quístico no desaparezca del todo, por lo que puede ser necesario acudir a la exodoncia del diente temporal, precisando, en algunos casos, la colocación de un mantenedor de espacio para conservar el lugar suficiente para la erupción del diente definitivo. También es frecuente que el diente temporal sometido a tratamiento pulpar empiece la reabsorción radicular de forma precoz, y se exfolie antes que los que no han sido tratados.

12. Que es frecuente que el diente/molar en que se realice el tratamiento pulpar se debilite y tienda a fracturarse, por lo que puede ser necesario colocar coronas de acero inoxidable (plateadas) para protegerlo. También que, en el proceso de reabsorción radicular, el material de sellado puede entrar en contacto con la encía, produciendo inflamación de la misma.

13. Que, aunque no es frecuente, comprendo que pueda desprenderse o romperse algún instrumento y lo aspire. Eventualmente puede ser precisa una intervención quirúrgica para su resolución.

14. Posteriormente precisaré realizar una OBTURACIÓN o RECONSTRUCCIÓN del diente, cuyo propósito principal de la intervención es restaurar los tejidos dentarios duros, para conservar el diente/molar y su función, restableciendo al tiempo, siempre que sea posible, la estética adecuada. La intervención consiste en limpiar la cavidad de tejido enfermo y rellenarla posteriormente para conseguir un sellado hermético, conservando el diente/molar.

15. Que es posible que no me satisfaga la forma o el color del diente tras el tratamiento, pues es muy posible que tras la endodoncia el diente cambie de color y oscurezca ligeramente; además las cualidades de las restauraciones directas nunca serán idénticas a su aspecto de diente sano. Al quedar más frágil puede ser preciso el realizar una corona de acero inoxidable (plateada) en molares temporales.

16. Que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.

17. Doy autorización para que se me efectúen radiografías, fotografías y/o sea filmada la intervención que se me efectúe.

18. Que sé que en algún momento en que se tenga que transmitir información entre doctor y el protésico (laboratorio) de mis datos, impresiones, moldes de yeso, fotografías o vídeos, pueden ser enviados entre ambos de forma directa o a través de correo electrónico y lo autorizo.

19. Que en mi caso particular:

20. Que debido a las características individuales de cada persona es imposible predecir todas las complicaciones derivadas del acto terapéutico que se me va a realizar y que es necesario para establecer el estado de salud oral.

21. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

22. Que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento. Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el

alcance y riesgos del acto, es por ello que **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me efectúe el tratamiento arriba indicado.

Y, para que así conste, firmo el presente original después de leído.

Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal

Profesional..... N°Colegiado.....

En a de..... de.....



CONSENTIMIENTO

PARA LA TOMA DE IMÁGENES Y AUTORIZACIÓN PARA SU USO

Por la presente, doy mi consentimiento para que se me tomen fotografías. El término “imagen” incluye video o fotografía fija, en formato digital o de otro tipo, y cualquier otro medio de registro o reproducción de imágenes. Por la presente, autorizo el uso con fines didácticos o educativos.

PROPÓSITO Por la presente, autorizo el uso de la(s) imágenes(s) para el propósito de difusión al personal de la clínica, profesionales de la salud y miembros del público con fines educativos, de tratamiento, de investigación y científicos. Doy mi consentimiento para que se tomen imágenes de mi hijo/a o tutorizado/a y autorizo el uso o la divulgación de tal(es) fotografía(s) a fin de contribuir con los objetivos científicos, de tratamiento, educativos, y por el presente renuncio a cualquier derecho a recibir compensación por tales usos en virtud de la autorización precedente. Por la presente, yo y mis sucesores o cesionarios eximimos al centro de toda responsabilidad ante cualquier reclamo por daños o de indemnización que surja de las actividades autorizadas por este acuerdo.

REESCISIÓN Si yo decido rescindir esta autorización, no se permitirá posteriores usos de mi fotografía o la de mi hijo/a, tutorizado/a, pero no podrá pedir que se devuelvan las fotografías o la información ya utilizadas.

DERECHOS Puedo solicitar que cese la filmación o grabación en cualquier momento. Puedo rescindir esta autorización hasta una fecha razonable antes de que se utilice la imagen, pero debo hacerlo por escrito, remitido a correo electrónico: agclinic.bcn@gmail.com Puedo inspeccionar u obtener una copia de las imágenes cuyo uso estoy autorizando. Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará a las posibilidades de mi hijo de recibir atención. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que no recibiré ningún tipo de compensación financiera.

FIRMA.....

FIRMA

REESCISIÓN.....

Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal

Profesional..... N°Colegiado.....

En a de..... de.....