

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO** de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente: *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad., Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. (BOJA núm.74 de 4 de julio de 1998.,Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE núm.274 de 15 noviembre de 2002).*

Yo **D.** .....(como paciente), con

**DNI:**....., mayor de edad,

**DECLARO** que el Odontólogo D. \_\_\_\_\_ me ha explicado que es conveniente en mi situación proceder a realizar un tratamiento de rehabilitación oral que puede precisar distintos tipos de técnicas y tratamientos entre ellos:

**Anestesia local.** Me ha explicado 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. Me ha explicado que tendré la sensación de acorchamiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer en dos o tres horas. También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, 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 tensión que, en casos menos frecuentes, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente, e, incluso, excepcionalmente, la muerte. Comprendo que aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o hipersensibilidad al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticarias, dermatitis, asma, edema angioneurótico, que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.

**Sedación consciente con óxido nitroso:** es una forma liviana de sedación consciente que se usa para calmar al paciente ansioso, siendo un gas inodoro e incoloro sin propiedades explosivas o inflamables, este gas también es capaz de amortiguar el dolor, el oxígeno es siempre dado en forma simultánea, todo a través de una máscara nasal, al final sólo se suministrará oxígeno para eliminar completamente el óxido nitroso, el paciente siempre estará bajo observación mientras se le suministra el gas, y hasta estar totalmente recuperado de sus efectos. Los riesgos incluyen pero no se limitan a la incapacidad de percibir la propia orientación espacial y adormecimiento o cosquilleo temporales. Pueden ocurrir náuseas y vómitos. Si el paciente no soporta la máscara, no puede utilizarse el óxido nitroso. Beneficios potenciales: permanece despierto y puede responder a las instrucciones que se le dan y las preguntas que se le hacen. El óxido nitroso ayuda a superar la preocupación la ansiedad y el temor.

**Extracciones dentales.** La intervención consiste en la aplicación de un fórceps a la corona, practicando la luxación con movimientos de lateralidad, de manera que pueda desprenderse fácilmente del alvéolo donde está insertada. Aunque se me realizarán los medios diagnósticos que se estimen precisos, comprendo que es posible que el estado inflamatorio del diente que se me vaya a extraer pueda producir un proceso infeccioso, que puede requerir tratamiento con antibióticos y/o antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento puede producirse una hemorragia, que exigiría, para cohibirla, la colocación en el alvéolo de una sustancia o de sutura. También sé que en el curso del procedimiento pueden producirse, aunque no es frecuente, 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 o de la tuberosidad, 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 u continuará con la extracción. También se me ha explicado que, aunque infrecuentemente, y con independencia de la técnica empleada en el procedimiento y de su correcta realización, pueden lesionarse el nervio dentario o el nervio lingual, con pérdida de sensibilidad que normalmente es temporal y desaparece en algunas semanas, pero que puede perdurar durante tres a seis meses, o ser definitiva.

**Obturaciones o empastes.** El propósito principal de esta intervención es restaurar los tejidos dentarios duros y proteger la pulpa, para conservar el diente o 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 o molar. El Dentista me ha advertido

que es frecuente que se produzca una mayor sensibilidad, sobre todo al frío, que normalmente desaparecerá de modo espontáneo. También me ha recomendado que vuelva a visitarle si advierto signos de movilidad o alteraciones de la oclusión, pues en ese caso sería preciso ajustar la oclusión, para aliviar el dolor y para impedir la formación de una enfermedad periodontal y/o trauma. Comprendo que el sellado hermético puede reactivar procesos infecciosos que hagan necesaria a endodoncia y que, especialmente si la caries es profunda, el diente o molar quedar frágil y podrá ser necesario llevar a cabo otro tipo de reconstrucción o colocar una corona o funda protésica. También comprendo que es posible que no me encuentre satisfecho con la forma u el color del diente tras el tratamiento porque las cualidades de los empastes nunca serán idénticos a su aspecto sano.

**Endodoncia.** El propósito principal de esta intervención es la eliminación del tejido pulpar (conocido vulgarmente por el nervio del diente) inflamado o infectado, o de un proceso granulomatoso o quístico.

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 o molar. El Dentista me ha advertido que, a pesar de realizarse correctamente la técnica, cabe la posibilidad de que la infección o el proceso quístico o granulomatoso nos e eliminen totalmente, por lo que puede ser necesario acudir a la cirugía de partes de la raíz del diente al cabo de algunas semanas, meses o incluso años. A pesar de realizarse correctamente la técnica, es posible que no se obtenga el relleno total de los conductos, por lo que también puede ser necesario proceder a una reendodoncia, como en el caso de que el relleno quede corto o largo. El Dentista me ha advertido que es muy posible que después de la endodoncia el diente cambie de color u se oscurezca ligeramente. También sé que es frecuente que el diente/molar en que se realice la endodoncia se debilite y tienda a fracturarse, por lo que puede ser necesario realizar coronas protésicas e insertar refuerzos intrarradiculares.

**Prótesis.** Me ha explicado el Dentista, la necesidad de tallar los pilares de la prótesis, lo que conlleva la posibilidad de aproximación excesiva a la cámara pulpar (nervio) que nos obligaría a realizar una endodoncia y en algunos casos si el muñón quedase frágil, a realizar una espiga colada. También se me ha explicado la necesidad de mantener una higiene escrupulosa para evitar el desarrollo de, caries, gingivitis y secundariamente enfermedad periodontal. Asimismo, se me informa de la importancia de visitas periódicas (entre 6 meses y un año) para controlar la situación de la prótesis y su entorno. Por otro lado se me aclara que existe la posibilidad de fractura de cualquiera de los componentes de la prótesis muy relacionada con en el uso que yo haga de la misma.

**Implantes dentales:** me ha explicado que el propósito de la intervención es la reposición de los dientes perdidos mediante la fijación de tornillos o láminas al hueso, y posteriormente la colocación de un pilar para recibir los aditamentos protésicos. He sido informado/a de otras alternativas de tratamiento mediante la utilización de prótesis convencionales.

Para llevar a cabo el procedimiento se aplicará anestesia, de cuyos posibles riesgos también he sido informado/a. Igualmente se me ha informado de que existen ciertos riesgos potenciales en toda intervención quirúrgica realizada en la boca, concretamente:**1)Alergia al anestésico, antes, durante o después de la cirugía. 2)Molestias, hematomas e inflamación postoperatoria, durante los primeros días.3)Sangrado.4)Infección postoperatoria que requiera tratamiento posterior.5)Lesión de raíces de dientes adyacentes.6) Lesión nerviosa que provoque Hipoestesia o anestesia del labio inferior, superior, mentón, dientes, encía o/y de la lengua, que suele ser transitoria y excepcionalmente permanente.7)Comunicación con los senos nasales o con las fosas nasales.8)Aspiración o deglución de algún instrumento quirúrgico de pequeño tamaño.9)Desplazamiento del implante a estructuras vecinas.10)Rotura de instrumentos.** Los implantes han sido utilizados ampliamente en todo el mundo, desde hace más de 25 años, y son un procedimiento considerado seguro por la comunidad internacional, pero sé me ha explicado que aunque la técnica se realice correctamente, existe un porcentaje de fracasos entre el 8 y el 10 por ciento. He sido informado de las complicaciones potenciales de este procedimiento quirúrgico, que incluye además de las anteriores, y no de forma exhaustiva:**1)Dehiscencia de sutura y exposición del implante.2)Falta de integración del implante con el hueso que lo rodea, con la consiguiente pérdida precoz o tardía del/los implante/s, y la posible planificación de la prótesis planificada.3)Imposibilidad de colocar un implante en la localización prevista, por las características de hueso remanente. 4)En casos excepcionales, con atrofia importante ósea, puede producirse una fractura mandibular, que requiera tratamiento posterior. 5)Fractura del implante o de algún componente de la prótesis.6)Complicaciones inherentes a la prótesis dental, no**

cumpliendo las expectativas estéticas, dificultad para la fonación, etc. Entiendo que el tratamiento no concluye con la colocación del implante, sino que será preciso visitar periódicamente al facultativo y seguir escrupulosamente las normas de higiene que me ha explicado.

**Periodoncia:** La intervención consiste en la eliminación de la placa y cálculo (con curetas) y a las pocas semanas, la operación a colgajo para eliminar las bolsas, de aumentar la encía o bien tratar los defectos óseos. Aunque se me han practicado los medios diagnósticos que se han estimado precisos, comprendo que pueden producirse 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 sino que son imprevisibles, aunque relativamente frecuentes, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas y continuará el tratamiento. Sé que es frecuente que después del tratamiento advierta un aumento de la sensibilidad dentaria u movilidad de los dientes que normalmente desaparecerán bien espontáneamente, bien por tratamiento posterior. También sé que va a producirse un cierto alargamiento de los dientes, más perceptible al sonreír, como consecuencia prácticamente segura de haberse eliminado tejido enfermo. Igualmente comprendo que el tratamiento puede extenderse incluso hasta un año o más, en cuyo transcurso deberé visitar al facultativo periódicamente, y cuidar especialmente la higiene dental mediante las técnicas que me ha indicado. Me ha explicado también pormenorizadamente la importancia del cuidado dental y el mantenimiento con visitas periódicas de sesiones de profilaxis e higiene dental, lo que debe realizarse a lo largo de toda la vida. También comprendo que el objetivo perseguido pueda no obtenerse, total o parcialmente, con independencia de la técnica empleada y de su correcta realización, y de que sin esmerada contribución en el control de placa, mediante la higiene, los objetivos perseguidos no se pueden cumplir. También sé que va a producirse un cierto alargamiento de los dientes, más perceptible al sonreír, como consecuencia prácticamente segura de haberse eliminado tejido enfermo. Igualmente comprendo que el tratamiento puede extenderse incluso hasta un año o más, en cuyo transcurso deberé visitar al facultativo periódicamente, y cuidar especialmente la higiene dental mediante las técnicas que me ha indicado. Me ha explicado también pormenorizadamente la importancia del cuidado dental y el mantenimiento con visitas periódicas de sesiones de profilaxis e higiene dental, lo que debe realizarse a lo largo de toda la vida. También comprendo que el objetivo perseguido pueda no obtenerse, total o parcialmente, con independencia de la técnica empleada y de su correcta realización, y de que sin esmerada contribución en el control de placa, mediante la higiene, los objetivos perseguidos no se pueden cumplir.

**Ortopantomografía:** El abajo firmante declara que: Se ha puesto a su disposición, al final de esta hoja, información escrita sobre prueba que se ha de realizar. Se le ha permitido hacer las preguntas que ha querido y que de todas ellas ha obtenido una respuesta clara, comprensible y adecuada. Ha estado informado suficientemente del tipo de prueba, de sus riesgos potenciales, de los beneficios que puede obtener. Acepta la realización de la prueba a cambio de un posible beneficio en el proceso asistencial que sigue. Reconoce que someterse a esta prueba, es un acto voluntario, y manifiesta saber que puede cambiar de opinión en cualquier momento.

**El Dentista me ha explicado que todo acto odontológico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos. He comprendido lo que se me ha explicado por el facultativo de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado.**

*El firmante del presente documento **autoriza expresamente a que sus datos de carácter personal pasen a formar parte de nuestros ficheros, de conformidad con lo dispuesto por la ley orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, con la finalidad de prestarles los servicios de Odontología y estomatología solicitados. Los destinatarios de esta información únicamente serán el personal de Joaquín M<sup>a</sup> Ferrer Gallegos, así como los profesionales o colaboradores que prestan servicios en la misma. Si lo desea, podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos en la siguiente dirección: c/Pedro Antonio de Alarcón nº 41 1<sup>o</sup>d, 18004 de Granada.***

**Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y por ello**

**DOY MI CONSENTIMIENTO, para que se me practique el tratamiento.**

Fdo. Odontólogo Colegiado

**En Granada, a .....de .....de 2.01**

Fdo. El paciente o representante legal.

