

RN 11007



COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS
Y ESTOMATÓLOGOS DE LA XI REGIÓN
(PONTEVEDRA Y OURENSE)

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EXTRACCIÓN DE CORDALES

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se le presenta para su firma el siguiente documento:

D/ña Carlos Garcia Glez con domicilio en.....
Provincia de..... con DNI.....

DECLARO:

Que el Dr./a Orxia Vázquez Silva odontólogo colegiado n.º 36001143 me ha explicado que va a proceder a la extracción del cordal 2º, 3º. En consecuencia, comprendo que no mantendré dicha pieza dental.

Entiendo que el objetivo del procedimiento consiste en paliar los efectos de la erupción patológica del cordal y evitar que la evolución derive en un quiste folicular o en un ameloblastoma.

Sé que la intervención se llevará a cabo bajo anestesia local, de cuyos posibles riesgos estoy informado.

Aunque se me han practicado los medios diagnósticos que se han estimado precisos, comprendo que es posible que el estado inflamatorio de la pieza que se me va a extraer, pueda producir un proceso infeccioso, que puede requerir tratamiento con antibióticos y antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento pueden producirse una hemorragia profusa, inserción de las raíces en el seno maxilar, fractura de las tablas óseas o de la tuberosidad, que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta utilización, sino que son imprevisibles, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas y continuará con la intervención.

Se me informa también que, aunque no es frecuente, puede producirse luxación de la articulación temporomandibular e incluso fractura del maxilar, en cuyo caso deberé recibir el tratamiento preciso de un especialista.

También comprendo que, aunque infrecuentemente y con independencia de la técnica empleada en el procedimiento y de su correcta realización, puede lesionarse el nervio dentario inferior o el nervio lingual, con pérdida de la sensibilidad que normalmente es temporal y desaparece en algunas semanas, pero que puede perdurar durante tres a seis meses, o ser definitiva

Menos graves resultan las complicaciones infecciosas locales, celulitis, trismo, estomatitis, etc., que suelen controlarse farmacológicamente pero que pueden precisar tratamiento quirúrgico posterior.

Claúsula COVID19

En condiciones normales los protocolos estrictos de higiene y esterilización permiten asegurar la bioseguridad necesaria al paciente y equipo sanitario.

En esta circunstancia excepcional derivada de la PANDEMIA del COVID-19, dado el alto riesgo de transmisión infecciosa del virus en la ineludible cercanía física al paciente para los tratamientos orales, la generación inevitable de aerosoles aún con todos los medios de protección disponibles en la clínica, además de los necesariamente instaurados a mayores, NO es posible asegurar un RIESGO NULO de transmisión de COVID-19.

Actualmente el RIESGO BIOLÓGICO del COVID-19 aún NO es perfectamente conocido desde el punto de vista científico

Además, aún NO existe VACUNA que permita la inmunización de la población en general o de los grupos poblacionales de riesgo.

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.


Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Yo, D/Dña. como paciente (y si procede D/Dña. como padre, madre o tutor) he sido informado/a por el Dr/Dra., y comprendo el alcance y el significado de la información que me han proporcionado sobre los tratamientos ha de realizar y consiento en someterme a los procedimientos quirúrgicos incluidos en el plan de tratamiento, también he sido informado/a de la posibilidad de rechazar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

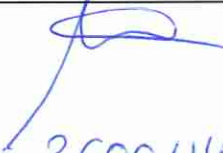
Observaciones:.....
.....

En Vigo, a 13 de Marzo de 2025

El paciente (padre, madre o tutor) DNI


531790866

El Odontólogo (y nº de colegiado)


36001143

RN 11887



COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS
Y ESTOMATÓLOGOS DE LA XI REGIÓN
(PONTEVEDRA Y OURENSE)

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO IMPLANTES DENTALES

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se le presenta para su firma el siguiente documento:

| |
|--|
| D/ña <u>Carlos Garcia Glez</u> con domicilio en..... |
| Provincia de..... con DNI..... |

DECLARO:

Que el Dr./a Uribe Vázquez Silva odontólogo colegiado n.º 36001143 me ha explicado que es conveniente realizar un tratamiento con implantes dentales, dándome la siguiente información:

1. El propósito principal de la intervención es la reposición de los dientes perdidos. Sé que alternativamente podría recurrir a prótesis convencionales, de menor coste, pero lo descarto por los beneficios que puedo obtener con la técnica implantológica.
2. 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.
3. El procedimiento se lleva a cabo en dos fases, una primera en la que se fijan los implantes al hueso mediante la realización con fresas de un lecho o alvéolo artificial, y una segunda (pasado un tiempo variable), cuando los implantes se han unido al hueso, en el que se coloca un pilar sobre ellos para recibir posteriormente los aditamentos protésicos.
4. Aunque se me han practicado los medios diagnósticos precisos, comprendo que es posible que puedan producirse procesos edematosos, inflamación, hematomas, 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, e incluso la posibilidad de lesionar el seno maxilar y provocar una sinusitis que deba ser tratada posteriormente por el especialista competente.

También se me ha explicado que, con menos frecuencia e independientemente de la técnica empleada y de su correcta realización, es posible que se produzcan lesiones de tipo nervioso, por afectar a terminaciones nerviosas o nervios próximos, lo que puede generar pérdida de sensibilidad en los labios, el mentón, la lengua o la encía, según cuál sea el nervio afectado. Generalmente la pérdida de sensibilidad es transitoria, aunque puede llegar a ser permanente. Menos frecuentemente pueden producirse comunicaciones con los senos paranasales o con las fosas nasales y lesionar raíces de dientes adyacentes que pueden requerir tratamiento posterior.

Sé que, aunque la técnica se realice correctamente, existe un porcentaje de fracasos entre el 8% y el 10%, que pueden requerir la repetición de la intervención y que, excepcionalmente, podría producirse una fractura maxilar que requiera tratamiento posterior.

Entiendo que el tratamiento no concluye con la colocación del implante, sino que es preciso visitar periódicamente al facultativo y seguir escrupulosamente las normas de higiene que me ha explicado. También entiendo que, una vez colocada la prótesis, pueda fracturarse, con la consiguiente necesidad de sustituir algún tornillo o componente.

Se me ha informado que es imprescindible un seguimiento cada cierto número de meses, a fin de detectar precozmente y tratar con mejor pronóstico la aparición de cualquier complicación, como la periimplantitis, que es una especie de enfermedad periodontal en los implantes.

5. El Dentista me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos. 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.

Claúsula COVID19

En condiciones normales los protocolos estrictos de higiene y esterilización permiten asegurar la bioseguridad necesaria al paciente y equipo sanitario.

En esta circunstancia excepcional derivada de la PANDEMIA del COVID-19, dado el alto riesgo de transmisión infecciosa del virus en la ineludible cercanía física al paciente para los tratamientos orales, la generación inevitable de aerosoles aún con todos los medios de protección disponibles en la clínica, además de los necesariamente instaurados a mayores, NO es posible asegurar un RIESGO NULO de transmisión de COVID-19.

Actualmente el RIESGO BIOLÓGICO del COVID-19 aún NO es perfectamente conocido desde el punto de vista científico

Además, aún NO existe VACUNA que permita la inmunización de la población en general o de los grupos poblacionales de riesgo.


También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Observaciones:.....
.....

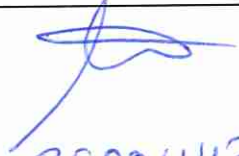
En tales condiciones, consiento que se me practique el tratamiento que me ha explicado.

En Vigo, a 13 de Marzo de 2025

El paciente (padre, madre o tutor) DNI


531790866

El Odontólogo (y nº de colegiado)


36001143