

DP12812



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

Formulario de Consentimiento informado  
para implantes dentales

D./Dña. Marcos Riquelme Pazos  
de 32 años de edad, con DNI nº 77412183-W

Jorge Arenaz Búa  
Cirujano Oral y Maxilofacial  
Nº Colegiado 1510439

**DECLARO:**  
Jorge Arenaz Búa  
Cirujano Oral y Maxilofacial  
Nº Colegiado 1510439

Que el Dr./a. D./Dña. .... odontólogo colegiado nº.....  
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.

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 ..... de ..... a ..... de .....

Firmado,

Jorge Arenaz Búa  
Cirujano Oral y Maxilofacial  
Nº Colegiado 1510439