



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

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 Cristina Vidal Fernández ..... Con domicilio en Sotobade .....  
Provincia de Pontevedra ..... con DNI. 17547939N .....

### DECLARA:

Que el Dr/a. abajo firmante me ha explicado que es conveniente realizar un tratamiento de rehabilitación por la que puede precisar distintos tipos de técnicas y tratamientos entre ellos:

1.- 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, 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 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 urticaria, dermatitis, asma, edema angioneurótico, que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.

2.- Extracciones simples. 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 depende 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 y continuará con la extracción.

3.- 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 del 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 la endodoncia y que, especialmente si la caries es profunda, el diente o molar puede 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 y el color del diente tras el tratamiento, porque las cualidades de los empastes nunca serán idénticas a su aspecto sano.

4.- 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 radicales 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 no se 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, quede corto o largo.

El dentista me ha advertido que es muy posible que después de la endodoncia el diente cambie de color y 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.

5.- 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 me ha explicado el Dentista, 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 el uso que yo tenga de la misma.

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.

#### **Cláusula 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 inestaurados 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.

Por todo ello, consiento que se me realice el tratamiento antes mencionado reservándome el derecho de revocar en cualquier momento este consentimiento que ahora presto, sin necesidad de dar ninguna explicación. Encuentro satisfactorias las explicaciones recibidas por parte del Dr./Dra., que comprendo perfectamente, referentes a la finalidad del tratamiento, la naturaleza y limitaciones del mismo, sus consecuencias, los riesgos probables en general y particulares, así como las contraindicaciones. No tengo necesidad de nuevas aclaraciones. También he sido informado/a de la posibilidad de rechazar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

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

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

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

El paciente (padre, madre o tutor) DNI

El Odontólogo (y nº de colegiado)