



Colexio Profesional
de Hixienistas Dentais
de Galicia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS DE TARTRECTOMÍA

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: OXIA PEREZ CRUZ con

D.N.I. 39495356 D como paciente (padre/madre,
tutor/tutora o

representante legal) en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente

DECLARO que:

El/la Higienista, D./Dña MONDE GARCÍA ABRIL me ha explicado que es conveniente, en mi situación proceder a la aplicación del tratamiento de 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 manifestara 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 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 difundándose a través de la mucosa, para aliviar levemente el dolor provocado por la sensibilidad dental.

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 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

Firma del/de la Higienista

Firma del/de la paciente, padre/madre, tutor/tutora o

Colegiado nº 36001918

representante legal

D/Dº YUJANNE GARCÍA

D/Dº UXIA PEREZ CRUZ



En VIERNES a 11 de 10 de 24