



## **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CARILLAS 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>Ivan Rohden Galizi</u> ..... con domicilio en..... <u>Vigo</u> .....
Provincia de..... <u>Pontevedra</u> ..... con DNI..... <u>49710407R</u> .....

### **DECLARO:**

Que el Dr./a. D./Dña. Diana Pazo..... odontólogo colegiado nº..... 36001880..... me ha explicado el tratamiento de carillas dentales, dándome la siguiente información:

### **HECHO A CONSIDERAR**

Las carillas dentales (en ocasiones llamadas carillas de porcelana o láminas dentales de porcelana) son delgadas, hechas a medida y con material de color del diente. Estas carillas se adhieren a la parte delantera de los dientes, cambiando su color, forma, tamaño y longitud.

El tratamiento de carillas para los dientes delanteros requiere eliminar menos estructura dental que la preparación para una corona completa. Sin embargo, el proceso es irreversible porque parte del esmalte del diente debe ser eliminado para proveer el espacio adecuado para fijar con cemento la cubierta.

La restauración para la carilla requiere de dos fases; **1)** la preparación del diente, y la toma de impresión para enviarla al laboratorio, y **2)** el ajuste y cementación de la carilla una vez que la estética y la función han sido verificadas.

### **ENTRE OTROS, LOS BENEFICIOS DE LAS CARILLAS SON LOS SIGUIENTES:**

Una carilla típicamente se usa para dientes que están decolorados o manchados ya sea por un tratamiento de endodoncia, por manchas de tetraciclino u otras drogas, fluoruro excesivo, o por la presencia de largas tapaduras de resina que han decolorado al diente. Las carillas pueden proteger a los dientes que se han desgastado, despostillado o roto.

Una carilla puede ser usada para propósitos estéticos al reparar dientes que están mal alineados, que no están uniformes o que tienen una forma irregular, así como para cerrar espacios entre dientes.

### **ENTRE OTROS, LOS RIESGOS DE LAS CARILLAS SON LOS SIGUIENTES:**

Entiendo que preparar un diente para una carilla consiste en eliminar el esmalte de la superficie del diente involucrado. Esta preparación puede irritar el tejido nervioso (llamado pulpa) en el centro del diente, dejando al diente sensible al calor, al frío o a la presión. Los dientes sensibles pueden requerir tratamiento adicional, incluido el tratamiento de endodoncia.

Entiendo que al mantener mi boca abierta durante el tratamiento puede causar que mandíbula se sienta tiesa y adolorida temporalmente y puede ser difícil para mí abrir mucho la boca por algunos días. Esto puede ser ocasionalmente una indicación de un problema adicional. Debo notificar a su consultorio si tengo esta, u otras, preocupación o duda.

### ***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.*

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

Observaciones: Observaciones generales.....  
.....

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.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

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

En Baiona ..... 29 ..... a ..... de ..... 11 ..... de ..... 2024 .....

El paciente (padre, madre o tutor) DNI



Ivan Rohden Galizi (36111222)

El Odontólogo (y nº de colegiado)



Diana Pazo (Num. Col. 36001880)