



Consentimiento Informado De
Cirugía Para Instalación De Implantes
Dentales

Consentimiento Informado De Cirugía Para Instalación De Implantes Dentales

Consentimiento Informado De Cirugía Para Instalación De Implantes Dentales

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico para
INSTALACIÓN DE IMPLANTES DENTALES.

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende restaurar piezas dentales perdidas previamente por alguna razón, logrando así una rehabilitación estética y funcional (masticación y lenguaje) de las arcadas dentarias.

El odontólogo me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informará el servicio de anestesia.

Este tipo de cirugía consiste en la instalación de una prótesis metálica anclada al hueso de la mandíbula o el maxilar superior, donde se espera su integración con el hueso, para luego de un periodo variable (dependiente del tipo de implante y las características del paciente), fijar en ella una o varias piezas dentales artificiales.

Comprendo que a pesar de la adecuado elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse afectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos, como otros específicos del procedimiento.

Poco graves y frecuentes: Infecciones o sangrado de herida quirúrgica, colección de líquido en la herida, flebitis, cicatrices retractiles, dolor prolongado en la zona de la operación.

Poco frecuentes y graves: Infección grave de la región orofacial, Sangrado importante, Falla en la integración del implante y por lo tanto de su fijación en el hueso. El odontólogo me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica o no solucionarse por completo y por lo tanto perder el implante.

El odontólogo me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa en ocasiones, como

.....

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencias de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, tabaquismo crónico) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como falla en la integración del implante, tales como

.....

El odontólogo me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es la cirugía, ya que si bien existen otras alternativas como la Dentadura protésica removible convencional o el Puente fijo sobre piezas remanentes, estos presentan desventajas como la reabsorción ósea maxilar en el primero y el eventual costo más elevado en el segundo. Por otra parte los implantes favorecen la mantención del volumen óseo y del contorno facial.

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 entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

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

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:
INSTALACIÓN DE IMPLANTES DENTALES.

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

Sr./Sra.

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:

Firma del Paciente: Rut:

Firma del representante legal: Rut:

(Representante legal o familiar responsable).