

ODONTOLOGÍA CONSERVADORA

Estimado Paciente:

Rogamos lea atentamente este documento y preste su consentimiento antes de su primera atención dental.

Recuerde que es su derecho y deber de su odontólogo explicarle detalladamente cada uno de los puntos aquí tratados.

Por tanto, usted presta en consentimiento informado en los siguientes términos:

DECLARO:

Que el Doctor me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación, a la OBTURACION (TAPADURA) del diente/molar.

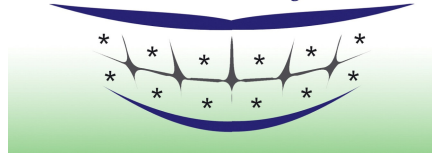
- 1.- El propósito principal de la intervención es restaurar los tejidos dentarios duros y proteger la pulpa, para conservar el diente/molar y su función, restableciendo al tiempo, siempre que sea posible, la estética adecuada.
- 2.- La intervención requiere anestesia local, de cuyos riesgos también se me ha informado.
- 3.- La intervención consiste en limpiar la cavidad de tejido enfermo y rellenarla posteriormente para conseguir un sellado hermético, conservando el diente/molar.
- 4.- El facultativo me ha advertido que es frecuente que se produzca una mayor sensibilidad, sobre todo al frío, que normalmente desaparecerá de modo espontáneo. También se me ha recomendado que vuelva a visitarle dentro de 24 horas, 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/molar quedará frágil y podrá ser necesario llevar a cabo otro tipo de reconstrucción o colocar una corona protésica.

También comprendo que es posible que me encuentre insatisfecho con la forma y el color del diente tras el tratamiento, porque las cualidades de las restauraciones directas nunca serán idénticas a su aspecto sano.

Centro Ortodoncia y Especialidades

Clínica Dr. Juan Pablo Vergara Bize



5.- El odontólogo 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, y que por mi situación actual (diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad) pueden aumentar riesgos y complicaciones .

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 dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento, y en tales condiciones:

CONSIENTO

CENTRO ORTODONCIA Y ESPECIALIDADES

Dr Juan Pablo Vergara Bize

<http://www.ortodonciayespecialidades.cl>

