

ORTODONCIA

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:

Que el Doctor me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación, a realizar TRATAMIENTO ORTODONCICO.

1.- El propósito principal de intervención es conseguir una alineación correcta de los dientes para impedir posteriores problemas o para optimizar una reposición dentaria mediante prótesis, obtener una correcta función masticatoria y el mejoramiento estético.

2.- La intervención consiste en la colocación de aparatos removibles o fijos para mover los dientes.

3.- Sé que es posible que las placas removibles se pierdan fácilmente y que en este caso el coste de la repetición correrá de mi cuenta. También sé que las bandas fijas pueden producir úlceras y llagas, y que es frecuente que se produzca con el tiempo la reabsorción de la raíz o la disminución de la encía, que deben ser objeto de tratamiento posterior.

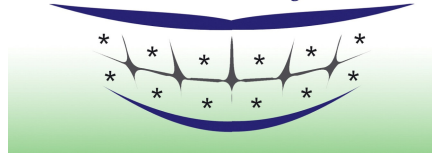
El facultativo me ha explicado que el tratamiento correcto puede implicar la necesidad de extraer algún diente sano.

También sé que el tratamiento ortodóncico puede ser largo en el tiempo, lo que no depende de la técnica empleada ni de su correcta realización, sino de factores generalmente biológicos, o de la respuesta de mi organismo, totalmente impredecibles, y que durante todo ese tiempo deberé extremar las medidas de higiene para evitar la mayor exposición a enfermedades periodontales.

Se que cuando termine el periodo activo de tratamiento, es muy recomendable seguir con un tratamiento nuevo, pasivo, consistente en el uso de aparatos de contención, con el fin de evitar recidivas.

Centro Ortodoncia y Especialidades

Clínica Dr. Juan Pablo Vergara Bize



Sé también que, tras finalizar el tratamiento, será preciso que visite al facultativo periódicamente, para evitar recaídas, y que incluso podrá ser necesario la extracción de las muelas del juicio.

4.- 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.

CONSENTO

CENTRO ORTODONCIA Y ESPECIALIDADES

Dr Juan Pablo Vergara Bize

<http://www.ortodonciayespecialidades.cl>

