



PERIODONCIA

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 TRATAMIENTO PERIODONTAL.

1.- El propósito principal de la intervención es la eliminación de los factores irritativos e infecciosos advertidos en los tejidos de soporte de los dientes (encía, hueso alveolar, ligamento periodontal, cemento radicular), para conseguir el mantenimiento de los dientes en tiempo, función y estética, evitando movilidad, pérdida de hueso y caída de los dientes.

2.- La intervención puede precisar de anestesia local, de cuyos riesgos también se me ha informado.

3.- La intervención consiste en la eliminación de la placa y cálculo (con curetas) y a las pocas semanas, la operación de cirugía a colgajo para eliminar las bolsas, o bien tratar los defectos óseos, si así fuese necesario.

4.- Aunque se me han practicado los medios diagnósticos que se han estimado precisos (radiografía), comprendo que pueden producirse procesos edematosos, hinchazón, dolor o laceraciones en la mucosa del labio o mejilla, o en la lengua, que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, aunque relativamente frecuentes, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas y continuará el tratamiento.

Sé que es frecuente que después del tratamiento advierta un aumento de la sensibilidad dentaria y movilidad de los dientes, que normalmente desaparecerán, bien espontáneamente, bien por tratamiento posterior.

También sé que va a producirse un cierto alargamiento de los dientes, más perceptible al sonreír, como consecuencia prácticamente segura de haberse eliminado tejido enfermo.

Centro Ortodoncia y Especialidades

Clinica Dr. Juan Pablo Vergara Bize



Igualmente comprendo que el tratamiento puede extenderse incluso hasta un año o más, en cuyo transcurso deberé visitar al facultativo periódicamente, y cuidar especialmente la higiene dental mediante las técnicas que me ha indicado. Me ha explicado también pormenorizadamente la importancia del cuidado dental y el mantenimiento con visitas periódicas de sesiones de profilaxis e higiene dental, lo que debe realizarse a lo largo de toda la vida.

También comprendo que el objetivo perseguido pueda no obtenerse, total o parcialmente, con independencia de la técnica empleada y de su correcta realización, y de que sin mi esmerada contribución en el control de la placa, mediante la higiene, los objetivos perseguidos no se pueden cumplir.

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:

CONSENTO

CENTRO ORTODONCIA Y ESPECIALIDADES

Dr Juan Pablo Vergara Bize

<http://www.ortodonciayespecialidades.cl>

