

CONSENTIMIENTO INFORMADO PRÓTESIS COMPLETA

Lugar y fecha.....

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones, léalo atentamente y consulte todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que pueda realizarle dicho procedimiento.

A propósito declaro haber sido informado y haber comprendido acabadamente que el objeto del tratamiento es devolver la función, estética y fonética de la cavidad bucal a través de coronas de distintos materiales pudiendo o no necesitar colocar un perno y con ello darle retención a la misma.

La prótesis fija proporciona una masticación casi natural y un habla adecuada aunque no permite cerrar los espacios que pudieran haberse creado entre los dientes cuando han menguado las encías y al hablar se puede escapar saliva o aire; Con el tiempo, el proceso de atrofia natural de los huesos maxilares y de las encías deja a la vista las juntas entre dientes y fundas, por lo que estéticamente puede necesitar reemplazo; Otras causas de sustitución pueden ser: lesiones irrecuperables en dientes de sujeción, cambios en los maxilares y en la posición de los dientes naturales.

Que para realizar un tratamiento de prótesis dental se me ha explicado la necesidad de tallar los dientes pilares de la prótesis, lo que puede conllevar la posibilidad de aproximación excesiva a la cámara pulpar (nervio) que nos obligaría a realizar un tratamiento de endodoncia y en algunos casos si el muñón queda frágil, a realizar un espigo de fibra o colado. También se me ha explicado la necesidad de mantener una higiene escrupulosa para evitar el desarrollo de gingivitis y secundariamente enfermedad periodontal. se me ha aclarado que existe la posibilidad de fractura de cualquier componente de la prótesis, que implique la reparación o el cambio total de la misma.

Tratamiento alternativo: (Riesgo, Beneficios y Perjuicios).....

.....

Material convenido:.....

.....

Riesgos

Impresión de que los dientes artificiales son demasiado grandes o con diferencia en tamaño y forma con los naturales.

La pronunciación de ciertos sonidos puede resultar un poco alterada,

Es probable que se muerda fácilmente las mejillas y la lengua,

Si se le ha cementado la prótesis provisionalmente: se le puede desprender o puede notar ligeras molestias en los dientes que sirven de sujeción con bebidas o alimentos fríos, calientes y dulces.

Cambio en la coloración de la prótesis fija.

Además de los riesgos antes descritos, por mi circunstancias especiales hay que esperar los siguientes riesgos:

.....
.....
.....

Recomendaciones

Los primeros días, procure cerrar la boca y masticar con cuidado para no morderse.

Evite comer alimentos duros como frutos secos con cáscara, huesos, etc.

Si se le ha cementado la prótesis provisionalmente, es recomendable masticar del otro lado, hacer una dieta semiblanda, prestar atención a la retención de alimentos entre prótesis y los dientes de al lado o la encía y advierta al dentista, antes de cementarla definitivamente.

Es importante mantener una correcta higiene oral en el resto de los dientes, independientemente de la prótesis. Se debe realizar revisión cada seis meses para comprobar y corregir la aparición de caries, inflamación de encías, movibilidades dentarias y el estado y ajuste de la prótesis. Acudir a una consulta inmediata siempre que aparezcan ulceraciones, alguna anomalía o movilidad de la prótesis.

He leído las instrucciones de manejo, cuidado y mantenimiento que me ha entregado el Dr/a. _____
_____ y he comprendido todas las explicaciones que se me han
facilitado en el lenguaje claro y sencillo, he podido realizar todas las observaciones y se me han aclarado
todas las dudas; por lo que estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de
consentimiento.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que
es necesario un proceso de adaptación que puede exigir retoques, por lo que me comprometo a regresar a
la próxima consulta el día / / hora.

El/la que suscribe.....DNI N°

con domicilio en calle.....

otorgo mi consentimiento a la colocación de una prótesis fija en los elemento/s.....
propuesta por el/la Dr/a MP.....

.....
Firma del paciente o representado.

.....
Firma del profesional.