



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERIODONCIA

Paciente _____
de _____ años de edad, con domicilio
en _____ y con D.N.I nº _____

DECLARO: Que el Odontólogo/a _____

Me ha explicado que va a someterme a tratamiento periodontal, que tiene por objeto la eliminación de los factores irritativos e infecciosos que afectan los tejidos de soporte de los dientes (encía, hueso alveolar, ligamento periodontal, cemento radicular). Esta terapéutica tiene el objeto de conseguir el mantenimiento de los dientes en tiempo, función y estética, evitando movilidad, pérdida del hueso y caída de los dientes. Comprendo que pueda producirse procesos inflamatorios, dolor o laceraciones en la mucosa yugal 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, espontáneamente, o con tratamiento posterior. También se me informó que va a producirse un cierto alargamiento de los dientes, más perceptible al sonreír, como consecuencia prácticamente segura de haberse eliminado tejido enfermo. 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, y que esta acción es fundamental para el éxito de terapéutica realizada. También comprendo que el objetivo perseguido pueda no obtenerse, total o parcialmente, con independencia de la técnica empleada y de su correcta realización, porque depende de la respuesta particular del organismo. Tengo conocimiento también que durante el tratamiento pueden realizarse registros fotográficos o videos de la acción y evolución para ser usados con fines científicos y/o educativos protegiendo mi identidad. 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 que se me practique tratamiento periodontal en los siguientes sectores de la boca _____.

Firma