



## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ORTODONCIA

Lugar y fecha .....  
Nombre del paciente.....D.N.I.....  
Nombre del tutor o representante Legal.....  
.....D.N.I.....

Usted en uso de su derecho debe conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento plasma la asistencia que se va a realizar. Lea atentamente y consulte todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que por normas legales, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que pueda realizarse la asistencia correspondiente.

Declara por ello haber sido informado y haber comprendido el objetivo del tratamiento de ortodoncia u ortopedia y la necesidad del uso de aparatología.

El/ la paciente ha sido informado/a y conoce los riesgos que puede comportar este tratamiento:

Al colocar la ortodoncia puede generar en los dientes una leve reacción inflamatoria, provocando dolor temporario, que va disminuyendo progresivamente.

Si los brackets no se tratan con cuidado pueden romperse o despegarse, en cuyo caso el tratamiento sufrirá un retraso y el paciente deberá hacerse cargo de los gastos ocasionados y el tiempo insumido.

Por la colocación de los mismos, se pueden producir lesiones en los tejidos blandos; como úlceras o llagas, etc.

Mayor sensibilidad en los dientes o muelas sobre los que se apoya el aparato que desaparece normalmente de modo espontáneo.

Riesgo de alergia a los materiales empleados que podría provocar su retirada y un eventual cambio en el plan de tratamiento, con posibles modificaciones de los costos, a cargo del paciente.

Existe riesgo de que una deficiente higiene facilite la aparición de manchas blancas permanentes (descalcificaciones), caries dental o gingivitis (encías inflamadas).

Se me ha explicado que durante el tratamiento debo extremar las medidas higiénicas y evitar la ingesta frecuente de productos azucarados.

Está presente el riesgo de que el desarrollo imprevisible de la erupción dentaria, el crecimiento de los maxilares o la respuesta de dientes o hueso a las fuerzas ortodóncicas obliguen a cambiar el plan de tratamiento, requiriendo en ocasiones extracciones de dientes definitivos para conseguir espacio y el alargamiento del tiempo de tratamiento.

Algunos pacientes son más susceptibles a que se produzca la reabsorción (acortamiento) de la raíz de uno o varios dientes y/o muelas sometidos a fuerzas ortodóncicas. Este fenómeno es infrecuente, de etiología desconocida pero imprevisible. Habitualmente esto no tiene consecuencias apreciables, pero en ocasiones puede afectar la longevidad del diente e implicaría alterar el plan de tratamiento.

Potencialmente existe el riesgo de molestias o dolor en la articulación témporo - mandibular debido a la modificación de la mordida. Estos problemas pueden ocurrir con o sin tratamiento de ortodoncia y en gral. y son debidos a factores previos predisponentes (hiperlaxitud ligamentosa, traumatismos previos, artrosis, artritis, bruxismo, stress, etc.) y malos hábitos.

Existe riesgo de retracciones de la encía, no previsibles, debidas al efecto de los movimientos dentarios. También pueden aparecer agrandadas y enrojecidas como consecuencia de la placa bacteriana por la deficiente higiene de la zona tratada.

Los dientes incluidos tienen un tratamiento más complejo y sus resultados no se pueden asegurar. Existe la posibilidad que el diente incluido dañe la raíz de los dientes vecinos hasta en ocasiones, provocar su pérdida. En ocasiones el tratamiento falla por anquilosis dental (se pega el diente al hueso y no se puede mover) que es imposible diagnosticar previo al tratamiento y que conllevaría la necesidad de extraerlo y reponerlo.

Existen riesgos que se produzcan modificaciones en los resultados conseguidos al finalizar el tratamiento; estos factores son difícilmente predecibles pero pueden ser paliados siguiendo las indicaciones dadas por el profesional, respecto a la utilización de contenedores y a los controles periódicos una vez terminado el tratamiento.

Este tratamiento por ser único, como caso, será registrado en fotografías y filmaciones que pueden ser usados para docencia y/o investigación y muestreo de casos. Ud. autoriza a que la

documentación sea usada para este fin con la precaución de impedir la identificación.

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier etapa del tratamiento.

Reconozco que mis características individuales.....

.....  
pueden provocar demoras o agravamiento de las lesiones descriptas-

**RECOMENDACIONES:**

- Evite comer alimentos duros o comer a mordiscos una manzana, zanahoria, choclo, etc.
- Prohibido comer chicle, caramelos pegajosos, turrónes, etc.
- Se aconseja beber zumos de naranja y comer abundante fruta, así como aportes de vitamina D para facilitar el movimiento dental.
- No morder lapicera u otros cuerpos extraños (a la boca)

**INDICACIONES:**

- Extremar las medidas de higiene de la boca, los dientes y el aparato para evitar mayor exposición a las caries y a la enfermedad de las encías.
- Concurrir a cada una de las consultas para que el profesional realice las revisiones necesarias a los fines de evitar retraso del tratamiento.

**OBSERVACIONES/Procedimientos alternativos/riesgo y beneficio con relación al tratamiento:**

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

**ABANDONO DEL TRATAMIENTO. Consecuencias de la NO realización o abandono del tratamiento de ortodoncia:**

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

Tiempo estimado: .....  
(Pudiendo superar éste según evolución del caso clínico)

He leído las instrucciones de manejo, cuidado y mantenimiento que me ha entregado el Dr/ Dra y he comprendido todas las explicaciones que se me han facilitado en 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. La ortodoncia no es una ciencia exacta y, por ello ningún ortodoncista puede garantizar el éxito ni un resultado específico.

Asimismo, entiendo que la colocación del aparato no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de contención, por lo que me comprometo a regresar a la consulta odontológica cada vez que el profesional lo requiera.

El/la que suscribe.....  
DNI N°..... con domicilio en  
calle.....  
..... otorgo mi consentimiento al tratamiento de ortodoncia  
propuesto por el Dr/Dra .....

Si el paciente es menor de edad marcara con una cruz

SI QUIERO ATENDERME

NO QUIERO ATENDERME



Firma del Paciente o Responsable.....  
Aclaración.....  
DNI.....

Firma del Profesional.....