



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS**

Paciente.....  
Padre o Representante Legal.....  
Edad..... D.N.I.....  
Domicilio:.....  
Ciudad.....Departamento.....  
Plan de tratamiento según Historia clínica Nº.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Declaro que el/la Odontólogo/a .....  
me ha explicado y he entendido el plan de tratamiento que debe realizar en mi boca.

DECLARO que se expuso las diferentes posibilidades de tratamiento y riesgos inherentes, tal como se detalla a continuación.

He podido hacer las preguntas que he considerado oportunas y las explicaciones que me han proporcionado, han sido en un lenguaje claro y sencillo, que me han aclarado las dudas que he planteado y me permiten comprender los beneficios, las ventajas, exigencias, riesgos terapéuticos y la duración aproximada del tratamiento.

También comprendo que en cualquier momento y sin ninguna explicación puedo revocar el consentimiento que ahora presto con la firma del presente documento.

**POR ELLO MANIFIESTO QUE ESTOY SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA** y que comprendo el alcance y los riesgos inherentes del tratamiento **AUTORIZANDO** la intervención bucal arriba indicada.

Por lo que se refiere a la **ANESTESIA LOCAL o REGIONAL**: El tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local o regional. El propósito principal de la anestesia es interrumpir transitoriamente la función sensitiva con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. La inyección de anestesia puede provocar, localmente, ulceración de la mucosa y dolor y, menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar baja de la tensión arterial y sensación de mareo. Aunque hasta la fecha no soy alérgico a la anestesia, esta puede provocar urticaria, dermatitis de contacto general, asma, shock anafiláctico, que pueden requerir tratamiento urgente.

Se aplicará mediante inyección en la cavidad oral de las sustancias que provocan el bloqueo reversible de la conducción nerviosa, la sensibilidad y el dolor.

Percibiré insensibilidad en la zona anestesiada que desaparecerá de forma espontánea, en dos o tres horas luego de terminar el procedimiento, durante ese tiempo tendré especial cuidado de no morderse la zona anestesiada

Evitare masticar hasta que presente una sensibilidad intacta para evitar lesiones en la mucosa. Alguna vez la aplicación de anestesia local puede provocar la aparición de úlceras en la mucosa de la zona anestesiada, dolor en la zona de inyección de la anestesia, limitación de la apertura bucal por contractura muscular y, menos habitualmente, alteraciones transitorias que pueden requerir un tratamiento posterior.

Puede provocar alteraciones en la presión sanguínea y, raramente, un síncope o fibrilación ventricular con consecuencias graves, incluso la muerte.

Puede provocar urticaria o reacciones alérgicas imprevisibles que pueden requerir un tratamiento urgente.

El componente vasoconstrictor de la anestesia puede provocar, raramente, complicaciones cardíacas en pacientes con alteraciones de corazón, complicaciones que requieren un tratamiento urgente.

Declaro que no ha tenido antecedentes de alergia a la anestesia local odontológica, y recibo medicación incompatible.

**Por lo que se refiere a la ODONTOLOGÍA CONSERVADORA (arreglos):** El tratamiento consiste en eliminar del diente el tejido enfermo, desinfectar y o remineralizar el remanente y rellenar posteriormente para conseguir un sellado hermético, a fin de conservar la función masticatoria, estética y fonética del elemento dentario. Es frecuente que se produzca una mayor sensibilidad, sobre todo al frío, que normalmente desaparecerá de modo espontáneo. Si advierto signos de movilidad o alteraciones de oclusión (dificultad en la mordida), volveré a la consulta. Aun eliminando tejido enfermo pueden producirse procesos inflamatorios e infecciosos posteriores que hagan necesaria la eliminación del paquete vasculo-nervioso que mantiene la vitalidad del diente y que, especialmente si la caries es profunda, el elemento dentario quedará frágil y se produzcan fracturas posteriores. Esta situación hace necesario llevar a cabo otro tipo de reconstrucción más compleja y de mayores costos. Es posible que el elemento reconstruido no mantenga la forma y/o el color del diente tras el tratamiento, porque las cualidades de las restauraciones directas nunca serán idénticas a su aspecto sano.

**IMPORTANCIA DE MIS ANTECEDENTES:** En mi caso que padezco antecedentes de..... (Cardiopatías, hipertensión, diabetes, etc.) esa enfermedad pueden aumentar el riesgo de complicaciones.

Entiendo que, al finalizar el tratamiento, debo seguir las instrucciones de higiene y de mantenimiento que me han explicado, así como la necesidad de visitas periódicamente al/la odontólogo/a, para poder detectar cualquier incidencia y tratar con mejor pronóstico cualquier complicación.

**CONSENTIMIENTO:** Por todo lo anterior, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos inherentes a los tratamientos que me van a realizar y consiento que se me practiquen los tratamientos odontológicos que restituyan la salud.

Por este medio autorizo a que el tratamiento quede registrado en medio gráficos y electrónicos (fotografías, videos) para ser usado con fines de estadísticas, didácticos y/o de investigación. Se me informo que en los mismos se preservara mi identidad, preservando mi derecho de habeas data.

Sé que en cualquier momento, puedo revocar el consentimiento que ahora manifiesto, sin expresión de causa.

**Firma del paciente o tutor.**

(Lugar) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Revocación:**

Nombre: \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_

**Revoco el consentimiento prestado en su día y no deseo proseguir el tratamiento, que doy aquí por finalizado.**

(Lugar) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración de firma: \_\_\_\_\_

.....

**Si el plan de tratamiento tiene exodoncias u otras cirugías de tejidos blandos debe hacerse un consentimiento aparte.**