



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROTESIS

Nombre _____
de _____ años de edad, con domicilio en _____ y
con D.N.I n° _____

DECLARO: Que el Dr. _____
Me ha explicado que va a proceder a la colocación de una prótesis dental, que consiste en la reposición total o parcial de los dientes ausentes o en la reconstrucción anatómica de los que han perdido estructura. El Facultativo me ha explicado que la prótesis completa superior puede producirme náuseas, que desaparecerán poco a poco, y que la prótesis inferior va a producir molestias, casi con total seguridad, durante los primeros días o incluso durante las primeras semanas. También me ha explicado con detalle que a veces al tener poco soporte óseo puede movilizarse al masticar o al hablar. Ese sería un problema difícil de solucionar y en ese caso (si no llegase a adaptarme) la única solución sería la colocación de implantes para conseguir una prótesis más firme. Sé que es también muy probable que, en los primeros tiempos, puedan producirse lesiones (llagas). 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 y que puede ser largo en el tiempo, por lo que deberá acudir periódicamente hasta el alta. 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. He comprendido que, como alternativa a la extracción del diente molar, podría recurrir a técnicas conservadoras como la endodoncia y la periodoncia, que descarto por las consecuencias para el estado general de mi boca y por la evolución previsible que puede derivar en infección. Se me aclaró que por mis antecedentes personales puede ocurrir _____ que podría modificar el plan de tratamiento propuesto

Se me informo que la atención puede ser registrada por medios gráficos (fotografía o videos) que serán usados con fines científicos y/o educativos, preservando mi identidad.

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 de prótesis _____.

Firma/s