

CONSENTIMIENTO INFORMADO PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

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 el procedimiento descrito a continuación.
A propósito declaro haber sido informado y haber comprendido acabadamente que el objeto del tratamiento que es reponer dientes ausentes a través de aparatos portadores de dientes artificiales que se sujetan a los naturales mediante dispositivos rígidos o no rígidos (ganchos) y a veces se asientan sobre el hueso cubierto de mucosa.
Material Convenido

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

.....
Aclaro que mi Odontólogo ha examinado mi boca debidamente. Que se me ha explicado otras alternativas a este tratamiento y que se ha estudiado y considerado estos métodos que se me informaron, siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Limitaciones:

Estos aparatos experimentan una cierta movilidad, más evidente al comer, sobre todo el inferior. Otra limitación es de carácter estético, debido a que según las indicaciones técnicas y mecánicas derivadas de la confección de prótesis removible en muchas ocasiones no será posible la reproducción de la posición de los dientes naturales.

La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente.

Riesgos típicos:

- Sensación extraña de ocupación
- Mas producción de saliva de lo normal
- Disminución del sentido del gusto
- Dificultad de pronunciación de ciertos sonidos
- Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas o lengua
- Algunas molestias (dolor, inflamación, ulceración) en zonas donde apoye la prótesis
- Probablemente se muerde al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados
- De no mantener una conducta de higiene y limpieza es probable que cambie de color

Consecuencia de la no realización del tratamiento.

- Reabsorción ósea (pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares)
- Problemas en la articulación de la mandíbula
- Problema de digestión
- Alteración en la pronunciación de las palabras y estética.
- Cambios en la mordida normal
- Mayor movilidad de los dientes. Problema de encías.
- Pérdida en los dientes presentes en la boca

Riesgos Personalizados

Además de los riesgos antes descritos, por mis circunstancias especiales hay que esperar los siguientes riesgos y especificaciones de la no realización del tratamiento.....

Recomendaciones

Los primeros días procure cerrar la boca y masticar con cuidado para no morderse y sobrecargar las encías Inicialmente, mastique suavemente alimentos blandos y no pegajosos, pasando poco a poco a comer productos más consistentes. Si aparecen heridas o lesiones relacionadas con la prótesis consulte con su odontólogo

Indicaciones

Lavar la prótesis y la boca después de cada comida., para evitar la formación de sarro.

Limpie las partes metálicas con un hisopo embebido en alcohol, hasta que la superficie quede brillante

Quitarse la prótesis para dormir, para que los tejidos descansen

Mientras la prótesis este fuera de la boca conviene conservarla en agua para evitar golpes y deformaciones

Es aconsejable que se de masajes en las encías para mejorar la circulación y prevenir en lo posible su reabsorción

Se debe realizar revisión cada seis meses para observar el estado de los dientes y mucosas, realizar adaptaciones para corregir desajustes provocados por el cambios de forma de los maxilares y posición de los dientes que siempre ocurre con el paso del tiempo.

Acudir a una consulta inmediata siempre que aparezcan heridas, llagas, dolor o inestabilidad 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 las veces que me indique el odontólogo

El/la que suscribeDNI N°.....

con domicilio en calle.....

otorgo mi consentimiento a la colocación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilar/es

.....propuesta por el/la Dr/a MP.....

Firma del paciente

Firma del profesional