

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA RELACIONADA CON LA ORTODÓNICA

En cumplimiento de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se le presenta para su firma el siguiente documento:

D. /D^a:..... con DNI:..... como paciente
(en caso de menores o incapacitados consignar el nombre y DNI del padre, madre, tutor o persona responsable)
D. /D^a:..... DNI:, ha sido
informado/a por el Dr. (nombre del doctor informante), Col. N^o: (n^o de colegiado del doctor) de (ciudad de
colegiación) sobre los procedimientos clínicos del procedimiento terapéutico denominado:.....
.....
Me doy por enterado/a de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento.

El propósito principal de la intervención es corregir la posición anómala de los dientes o maxilares, para obtener una correcta función masticatoria así como la mejora estética, o para optimizar una reposición dentaria mediante prótesis. Que este tratamiento multidisciplinar, puede prolongarse en el tiempo, lo que no depende de la técnica empleada ni de su correcta realización, sino de factores generalmente biológicos, o de la respuesta de mi organismo a las fuerzas aplicadas a los maxilares y a los dientes, totalmente impredecibles, y que durante todo ese tiempo debo extremar las medidas de higiene oral para evitar consecuencias la aparición de caries y/o alteraciones periodontales. También se me ha explicado que, aunque infrecuentemente y con independencia de la técnica empleada en el procedimiento y de su correcta realización, pueden aparecer, tanto durante el tratamiento como al finalizarlo, complicaciones periodontales, reabsorciones radiculares, y recidivas del tratamiento, así como la posibilidad de necesitar de por vida, un aditamento protésico tipo arco lingual o palatino, que sirva de elemento de retención ortodóncica y evite complicaciones de tipo recidiva.

Todos estos procedimientos suponen un indudable beneficio, sin embargo no están exentos de complicaciones, algunas de ellas inevitables, siendo las estadísticamente más frecuentes:

- 1- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía.
- 2- Hematoma e hinchazón de la región.
- 3- Hemorragia postoperatoria.
- 4- Apertura de los puntos de sutura.
- 5- Daño a los dientes vecinos.
- 6- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior).
- 7- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o definitiva (de la lengua y del gusto).
- 8- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio infraorbitario (de la mejilla), temporal o definitiva.
- 9- Infección de los tejidos o del hueso.
- 10- Sinusitis.
- 11- Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
- 12- Fracturas óseas.
- 13- Desplazamiento de dientes a estructuras vecinas.
- 14- Tragado o aspiración de dientes o de alguna de sus partes.
- 15- Rotura de instrumentos. Rotura de la aguja de anestesia.
- 16- Infección de los puntos de sutura.

Consiento en que se tomen fotografías o registros en otros tipos de soporte audiovisual, antes, durante y después de la intervención quirúrgica, para facilitar el avance del conocimiento científico y la docencia. En todos los casos será resguardada la identidad del/de la paciente.

Yo D. /D^a:..... Como paciente (y si procede) D. o D^a:.....(como padre, madre, tutor o persona responsable), he sido informado/a por el Dr. (nombre del doctor informante), mediante un lenguaje claro y sencillo, me ha dado respuesta a cuantas observaciones he formulado, aclarando todas la dudas, por lo cual comprendo el alcance y el significado de dicha información y consiento en realizarme el procedimiento de cirugía oral descrito en el plan de tratamiento. También he sido informado/a de la posibilidad de rechazar este consentimiento por escrito en cualquier momento, haciendo frente a los gastos ocasionados hasta ese momento.

Toledo,.....de.....de 20.....

El paciente (padre madre o tutor)

El Odontólogo informante