CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA LOCAL

	D.
de	Daños de edad, con domicilio en
y con [D.N.I n ^o
	D años de edad, con domicilio en
de	años de edad, con domicilio en
y D.N.I	nº en calidad de (representante legal, familiar o allegado)
	de (nombre y dos apellidos del paciente)
	DECLARO:
	Que el Dr. D.
impulse tratam van a c que se movim provoc ventric patolog aparicie faculta dudas revoca	Me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los os nerviosos de tal manera que se inhibe transitoriamente la función sensitiva con el fin de realizar el iento sin dolor. Me ha explicado que tendré la sensación de acorchamiento del labio o de la cara, que normalmente desaparecer espontáneamente en dos o tres horas. También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor y, menos frecuentemente, limitaciones en el iento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede ar bajada de tensión que, en casos menos frecuentes, pueden provocar un síncope o fibrilación ular, que deben tratarse posteriormente, e, incluso, excepcionalmente, la muerte. También se me ha explicado que, aunque tampoco de mis antecedentes se deduce ningún tipo de júa cardiovascular, uno de los componentes de la anestesia, la adrenalina, puede llegar a favorecer la ón de una cardiopatía isquémica que debe ser tratada posteriormente. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y e tivo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas la que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede r el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y gos del tratamiento. Y en tales condiciones
	CONSIENTO
en que	se me administre anestesia local
	Enadede 2003

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCION SIMPLE

de	años de edad, con domicilio en
y con	.I n ^o
	años de edad, con domicilio en
de	anos de edad, con domicilio en
y D.N.	en calidad de (representante legal, familiar o allegado)
	de (nombre y dos apellidos del paciente)
	DECLARO:
	ue el Dr. D
ha info compr proces en el coloca puede lengua no del imprev tempo especi conser explica faculta dudas	e ha explicado que va a proceder a la extracción del diente/molar En consecuencia, o que no mantendré ese diente/molar, que únicamente podrá ser sustituido por una prótesis. á que el procedimiento se llevará a cabo bajo anestesia local, de cuyos posibles riesgos también me ado. unque se me han practicado los medios diagnósticos que se han estimado precisos (radiografía), o que es posible que el estado inflamatorio de la pieza que se me va a extraer pueda producir un afeccioso, que puede requerir tratamiento con antibióticos y antiinflamatorios, del mismo modo que so del procedimiento puede producirse una hemorragia profusa, que exigiría coartarse con la nen el alvéolo de una torunda de algodón seca. También sé que en el curso del procedimiento roducirse, aunque no es frecuente, la rotura de la corona, laceraciones en la mucosa yugal o en la serción de la raiz en el seno maxilar, fractura del tabique intrarradicular o de la tuberosidad, que den de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización, sino que son ales, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas, y continuará con la extracción en en informa también que, aunque no es frecuente, puede producirse luxación de la articulación anadibular e incluso fractura del maxilar, en cuyo caso deberé recibir el tratamiento preciso con un ta en esa materia y ser revisado para control de ese proceso. de comprendido que, como alternativa a la extracción del diente molar, podría recurrir a técnicas loras como la endodoncia y la periodoncia, que descarto por el estado, que también se me ha de la pieza dental, hace imposible su conservación. e comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el o que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las el he planteado. ambién comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo consentimiento que ahora presto. or ello, manifiesto que estoy satisfecho con la
une sa	e extraiga el diente/molar
que st	Contraiga of dicrito/moral
	nadede 2003

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCION DE CORDALES

D.			
deaños de edad, con domicilio	en		
y con D.N.I n ^o			
D			
de años de edad, con domicilio			
v D.N.I n ^o en cali	dad de	renresentar	nte legal, familiar o allegado)
y D.N.I no en calide (nombre y dos apellidos	del pacier	nte)	ec legal, ranimar o anegado)
	DECL	ARO:	
Que el Dr. D			
comprendo que no mantendré esa pieza denta Entiendo que el objetivo del procedim los dientes sea correcta, estética y funcionalme local, de cuyos posibles riesgos también se me Aunque se me han practicado los mecomprendo que es posible que el estado inflar proceso infeccioso, que puede requerir tratami en el curso del procedimiento puede produciocación en el alvéolo de una torunda de a pueden producirse, aunque no es frecuente, la lengua, inserción de la raiz en el seno maxilar no dependen de la forma o modo de practicar imprevisibles, en cuyo caso el facultativo toma Se me informa también que, aunque temporomandibular e incluso fractura del maxi especialista en esa materia y ser revisado para También se me ha explicado que, au empleada en el procedimiento y de su correct lingual, con pérdida de sensibilidad que norma que puede perdurar durante tres a seis meses Menos graves resultan las complicacio suelen poder controlarse farmacológicamente He comprendido que, como alternativ conservadoras como la endodoncia y la perio explicado, de la pieza dental, hace imposible se He comprendido las explicaciones que facultativo que me ha atendido me ha permitica dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier revocar el consentimiento que ahora presto.	al, que ú iento co ente. Sé e ha info dios diag natorio c ento cor cirse una lgodón a rotura rá las m no es fra ilar, en c a control unque ir a realiza almente pero que ra a la e odoncia, u conse e se me do realiz momer ho con	nicamente nsiste en que el prormado. gnósticos de la pieza n antibiótica hemorra seca. Tambié la coro de la coro de la coro de ese profrecuente es tempo definitiva. Coiosas lo es pueden que descrivación. En han faci ar todas la informa de inf	conseguir espacio para que la alineación de ocedimiento se llevará a cabo bajo anestesia que se han estimado precisos (radiografía), a que se me va a extraer pueda producir un cos y antiinflamatorios, del mismo modo que agia profusa, que exigiría coartarse con la abién sé que en el curso del procedimiento ona, laceraciones en la mucosa yugal o en la que intrarradicular o de la tuberosidad, que intrarradicular o de la tuberosidad, que intrarradicular o de la tuberosidad, que cisas, y continuará con la extracción. Duede producirse luxación de la articulación deberé recibir el tratamiento preciso con un roceso. Emente, y con independencia de la técnica den lesionarse el nervio dentario o el nervio ral y desaparece en algunas semanas, pero cales, celulitis, trismo, estomatitis, etc., que precisar de tratamiento quirúrgico posterior. del diente molar, podría recurrir a técnicas carto por el estado, que también se me ha litado en un lenguaje claro y sencillo, y el
	CONSI	ENTO	
que se me extraiga el diente/molar			
En	a	de	de 2003

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCION DE CANINOS INCLUIDOS

deaños de edad, con do	micilio en		
y con D.N.1 ii	·		
de años de edad, con dor			
			legal, familiar o allegado)
de (nombre y dos a	ipellidos del pacient	e)	
	DECLA	RO:	
Que el Dr. D			
comprendo que no mantendré esa pieza Entiendo que el objetivo del profolicular o en desarrollar un ameloblasto Se que el procedimiento se llev se me ha informado.	a dental, que úr ocedimiento cor oma. ará a cabo abaj	iicamente p nsiste en ev o anestesia	vitar que la evolución derive en un quiste a local, de cuyos posibles riesgos también
Aunque se me han practicado l comprendo que es posible que el estado proceso infeccioso, que puede requerir ten el curso del procedimiento puede colocación en el alvéolo de una torund pueden producirse, aunque no es frecue lengua, inserción de la raiz en el seno reno dependen de la forma o modo de primprevisibles, en cuyo caso el facultativo. Se me informa también que, au temporomandibular e incluso fractura de especialista en esa materia y ser revisado empleada en el procedimiento y de su o lingual, con pérdida de sensibilidad que que puede perdurar durante tres a seis Menos graves resultan las compsuelen poder controlarse farmacológicar He comprendido que, como alto conservadoras como la endodoncia y lingual puede perduras como la endodoncia y lingual.	o inflamatorio di cratamiento con producirse una la de algodón sente, la rotura cracticarse la interacticarse la interacticarse la interacticarse la interacticarse la interacticarse la interacticarse la maxilar, en cua para control que, aunque informecta realizado normalmente e meses, o ser de plicaciones infectamente pero que ernativa a la exia periodoncia,	e la pieza de antibióticos hemorragioneca. Tambio le la corona del tabique ervención, redidas preciouente, puede ese proceso de ese proceso temporale finitiva. Ciosas locale pueden precion de que descar	ede producirse luxación de la articulación eberé recibir el tratamiento preciso con un
			ado en un lenguaje claro y sencillo, y el observaciones y me ha aclarado todas las
También comprendo que, en cu	•	to y sin nec	esidad de dar ninguna explicación, puedo
revocar el consentimiento que ahora pre Por ello, manifiesto que estoy s		informació	ón recibida y que comprendo el alcance y
los riesgos del tratamiento.		- 21	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
Y en tales condiciones	CONCT	ENTO	
que se me extraiga el diente/molar	CONSI	=14 I U	
que es me entraga el diente/moidi			
En	a	de	de 2003

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROTESIS

D	
de	años de edad, con domicilio en nº
y con D.N.I	nº
D	años de edad, con domicilio en
de	años de edad, con domicilio en
y D.N.I no _	en calidad de (representante legal, familiar o allegado)
	de (nombre y dos apellidos del paciente)
	DECLARO:
Que	el Dr. D
reposición ti estructura. El Fidesaparecer durante los a vecer al tesolucionar y conseguir un Sé o Enti necesario un que deberá He facultativo o dudas que le conservador general de ri	ha explicado que va a proceder a la colocación de una prótesis dental, que consiste en la otal o parcial de los dientes ausentes o en la reconstrucción anatómica de los que han perdido acultativo me ha explicado que la prótesis completa superior puede producirme náuseas, que rán poco a poco, y que la prótesis inferior va a producir molestias, casi con total seguridad primeros días o incluso durante las primeras semanas. También me ha explicado con detalle que ener poco soporte óseo puede movilizarse al masticar o al hablar. Ese sería un problema difícil de en ese caso (si no llegase a adaptarme) la única solución sería la colocación de implantes para na prótesis más fija. que es también muy probable que, en los primeros tiempos, puedan producirse llagas. endo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que en proceso de adaptación que puede exigir retoques y que puede ser largo en el tiempo, por lo acudir periódicamente a visitarle. Comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y en que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las en he planteado. Comprendido que, como alternativa a la extracción del diente molar, podría recurrir a técnicas como la endodoncia y la periodoncia, que descarto por las consecuencias para el estado mi boca y por la evolución previsible que puede derivar en quiste folicular o en desarrollo de un
	ma. nbién comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo onsentimiento que ahora presto.
Por los riesgos o	ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y lel tratamiento.
Y er	n tales condiciones
aue se me r	consiento practique tratamiento de prótesis
que se me p	racaque a damiento de protesio
En _	ade 2003

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERIODONCIA

D.			
Daños de edad, con dor y con D.N.I nº	nicilio en		
y con D.N.I nº	•		
υ.			
de años de edad, con dom			
y D.N.I no	en calidad de	(representant	te legal, familiar o allegado)
ue (nombre y dos ap	pellidos del pacier	ıte)	
	DECL	ARO:	
Que el Dr. D			
de los factores irritativos e infecciosos qualveolar, ligamento periodontal, cimient tiempo, función y estética, evitando mov Aunque se me han practicado los comprendo que pueda producirse proceyugal o en la lengua, que no dependen	e ha advertido to radicular), rilidad, pérdida s medios diagr esos edemató de la técnica	o en los teji para conse a del hueso nósticos que sicos, hincl empleada,	odontal, que tiene por objeto la eliminación idos de soporte de los dientes (encía, hueso eguir el mantenimiento de los dientes en o y caída de los dientes. Je se han estimado precisos (radiografías), chazón, dolor o laceraciones en la mucosa ni de su correcta realización, sino que son l facultativo tomará las medidas precisas y
Sé que es frecuente que despué			ta un aumento de la sensibilidad dentaria y en espontáneamente, bien por tratamiento
También se que va a producirse como consecuencia prácticamente segur Igualmente comprendo que el ti	a de haberse ratamiento pu	eliminado t ede extend	de los dientes, más perceptible al sonreir, tejido enfermo. derse incluso hasta un año o más, en cuyo specialmente la higiene dental mediante las
técnicas que me ha indicado.	-	•	-
independencia de la técnica empleada y	de sus correct	ta realizacio	
facultativo que me ha atendido me ha pe dudas que le he planteado.	ermitido realiz	ar todas las	itado en un lenguaje claro y sencillo, y el s observaciones y me ha aclarado todas las
revocar el consentimiento que ahora pre	sto.	,	ecesidad de dar ninguna explicación, puedo ción recibida y que comprendo el alcance y
los riesgos del tratamiento. Y en tales condiciones			, ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
	CONSI	(ENTO	
que se me practique tratamiento periodo	ontal		
En	a	de	de 2003
do.: EL PROFESIONAL		F	Fdo.: EL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ORTODONCIA

D	
Daños de edad, con domicilio en y con D.N.I nº	
y con D.N.I n ^o	
D años de edad, con domicilio en	
de años de edad, con domicilio en	
y D.N.I nº en calidad de (r de (nombre y dos apellidos del paciente	epresentante legal, familiar o allegado)
de (nombre y dos apellidos del paciente	e)
DECLA	RO:
Que el Dr. D	
alineación correcta de los dientes, para impedir pos masticatoria y el mejoramiento estético, lo que se obt removibles o fijas. Se que es posible que las placas removibles se	ciene mediante la colocación de aparatos o bandas, pierdan fácilmente, y que en ese caso el coste de la
repetición correrá de mi cuenta. También se que las ba frecuente que se produzca con el tiempo la reabsorción ser objeto de tratamiento posterior.	
algún diente sano.	nto correcto puede implicar la necesidad de extraer
técnica empleada ni de su correcta realización, sino de mi organismo, totalmente imprescindibles, y que duran higiene para evitar la mayor exposición a enfermedades	te todo ese tiempo deberé extremar las medidas de
para evitar recaídas, y que incluso podrá ser necesaria	la extracción de las muelas del juicio. han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el
También comprendo que, en cualquier moment revocar el consentimiento que ahora presto.	o y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo
Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la los riesgos del tratamiento. Y en tales condiciones	información recibida y que comprendo el alcance y
que se me practique tratamiento ortodóncico	:NTO
Ena	dede 2003

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTES

Daños de edad, con domicilio	en		
y con D.N.I n ^o			
D de años de edad, con domicilio			
de años de edad, con domicilio	en		
y D.N.I n ^o en cal			
de (nombre y dos apellidos	del pacient	te)	
	DECL	ARO:	
Que el Dr. D			
los dientes perdidos mediante un procedimien fijan tornillos o láminas al hueso, y una segu con el hueso, en la que se coloca un pilar sobr	to que se nda, cua re ellos pa	e lleva a ca ndo el hua ara recibir	eso y el tornillo o láminas estén integrados
Aunque se me han practicado los radiografías panorámicas y periapicales, y a procesos edematósicos, inflamación, dolor o dependen de la técnica empleada ni de su corprovocar una sinusitis que deba ser tratada por	análisis), laceraci rrecta rea osteriorm que con l ible que que gen ea el nerv	comprendiones en alización, e ente por e menos fre se produz eraría pére	la mucosa yugal o en la lengua, que no e incluso la posibilidad de lesionar el seno y el especialista competente. cuencia e independientemente de la técnica can lesiones de tipo nervioso, por afectar a dida o ausencia de sensibilidad en los labios,
Menos frecuentemente pueden produ nasales y lesionar raíces de dientes adyacente Sé que, aunque la técnica se realice o 10%, que pueden requerir la repetición de la ir una fractura maxilar que requiera tratamiento Entiendo que el tratamiento no conclu periódicamente al facultativo y seguir escrupu	ucirse con es, que pu correctam ntervenció posterio nye con la losament	ueden requente, exisón y que, a r. colocación ce las norr	ite un porcentaje de fracasos entre el 8 y el nunque excepcionalmente, podría producirse on del implante, sino que será preciso visitar
Sé que alternativamente podría recurr por los beneficios que espero obtener con la t He comprendido las explicaciones qu facultativo que me ha atendido me ha permiti	écnica im le se me	plantatori han facil	itado en un lenguaje claro y sencillo, y e
dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquie revocar el consentimiento que ahora presto.	r momen	to y sin n	ecesidad de dar ninguna explicación, puedo
	cho con la	a informa	ción recibida y que comprendo el alcance y
	CONSI	ENTO	
que se me practique tratamiento de implantes	6		
En	a	de	de 2003

CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO

CLINICA DENTAL DEL ODONTOLOGO/ESTOMATOLOGO D/Da
Por el presente documento, yo,(nombre y apellidos del paciente), con D.N.I no
HAGO CONSTAR
Que he acudido a la Clínica Dental del Profesional arriba mencionado, quien tras el examen detenido de mi boca, me prescribe el siguiente tratamiento:
Y dicho profesional me informa, con todo detalle, de los posibles riesgos y complicaciones que el mencionado tratamiento puede generar, dadas las especiales circunstancias actuales de mi boca.
Debidamente informado de todo ello, presto mi absoluta conformidad a que se me efectúe dicho tratamiento.
Y para que así conste, firmo el presente documento en
ade 200