



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTES DENTALES

Yo ..... (como paciente), con DNI No. ...., mayor de edad, y con domicilio en ..... o Yo ..... con DNI No. ...., mayor de edad, y con domicilio en ..... en calidad de representante legal de .....

### DECLARO

Que el Cirujano Dentista..... me ha explicado que el propósito de la intervención es la reposición de los dientes perdidos mediante la fijación de tornillos o láminas al hueso, y posteriormente la colocación de un/ospilar/es metálico/s que soportará las futuras piezas dentales artificiales. He sido informado/a de otras alternativas de tratamiento mediante la utilización de prótesis convencionales.

Para llevar a cabo el procedimiento se aplicará anestesia, de cuyos posibles riesgos también he sido informado/a.

Igualmente, se me ha informado de que existen ciertos riesgos potenciales en toda intervención quirúrgica realizada en la boca, concretamente:

- 1) Alergia al anestésico, antes, durante o después de la cirugía.
- 2) Molestias, hematomas e inflamación postoperatoria, durante los primeros días.
- 3) Sangrado.
- 4) Infección postoperatoria que requiera tratamiento posterior.
- 5) Lesión de raíces de dientes adyacentes.
- 6) Lesión nerviosa que provoque hipoestesia o anestesia del labio inferior, superior, mentón, dientes, encía y/o de la lengua, que suelen ser transitorias y excepcionalmente permanente.
- 7) Comunicación con los senos nasales o con las fosas nasales.
- 8) Aspiración o deglución de algún instrumento quirúrgico de pequeño tamaño.
- 9) Desplazamiento del implante a estructuras vecinas.
- 10) Rotura de instrumentos.

Los implantes han sido utilizados ampliamente en todo el mundo, desde hace más de 25 años y es un procedimiento considerado seguro por la comunidad internacional, pero se me ha explicado que aunque la técnica se realice correctamente, existe un porcentaje de fracasos entre el 8 y el 10 por ciento. He sido informado de las complicaciones potenciales de este procedimiento quirúrgico, que incluye además de las anteriores:



- 1) Deshiciencia de sutura y exposición del implante.
- 2) Falta de integración del implante con el hueso que lo rodea, con la consiguiente pérdida precoz o tardía del/los implante/s, y la posible modificación de la prótesis planificada.
- 3) Imposibilidad de colocar un implante en la localización prevista, por las características de hueso remanente.
- 4) En casos excepcionales, con atrofia importante ósea, puede producirse una fractura mandibular, que requiera tratamiento posterior.
- 5) Fractura del implante o de algún componente de la prótesis.
- 6) Complicaciones inherentes a la prótesis dental, no cumpliendo las expectativas estéticas, dificultad para la fonación, etc.

Entiendo que el tratamiento no concluye con la colocación del implante, sino que será preciso visitar periódicamente al facultativo y seguir escrupulosamente las normas de higiene que me ha explicado.

He comprendido lo que se me ha explicado por el facultativo de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado.

Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello,

DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me practique el tratamiento de implantes.

En Arequipa, a ..... de ..... de .....

El Paciente o  
Representante Legal

Cirujano Dentista  
COP .....