



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERIODONCIA

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 es conveniente, en mi situación, proceder a realizar un tratamiento periodontal, dándome la siguiente información:

1.- El propósito principal de la intervención es la eliminación de los factores irritativos e infecciosos presentes en los tejidos de soporte de los dientes (encía, hueso alveolar, ligamiento periodontal, cemento radicular), para conseguir el mantenimiento de los dientes en el tiempo, función y estética, evitando movilidad, pérdida de hueso y caída de los mismos

2.- Me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor.

Me ha explicado que tendré la sensación de adormecimiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer en dos o tres horas.

También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor, y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar la baja de la presión arterial que, en casos menos frecuentes, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente, e, incluso, excepcionalmente, la muerte.

Comprendo que, aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o hipersensibilidad al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticarias, dermatitis, asma, edema angioneurótico (asfixia), que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.



3.- La intervención consiste en la eliminación de la placa y cálculo con curetas o ultrasonido, y a las pocas semanas, de ser necesario, la cirugía de las encías a colgajo para eliminar las bolsas infecciosas, aumentar el nivel de la encía y/o tratar los defectos óseos.

4.- Aunque se me han practicado los medios diagnósticos que se han estimado convenientes, comprendo que pueden producirse procesos edematosos, hinchazón, dolor o laceraciones en la mucosa del labio o mejilla, o en la lengua, que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, aunque relativamente frecuentes, en cuyo caso el Cirujano Dentista tomará las medidas pertinentes y continuará el tratamiento.

Sé que es frecuente que después del tratamiento advierta un aumento de la sensibilidad dentaria u movilidad de los dientes que normalmente desaparecerán bien espontáneamente o por un tratamiento posterior.

También sé que va a producirse un cierto alargamiento de los dientes, más perceptible al sonreír, como consecuencia segura de haberse eliminado el tejido enfermo e inflamado.

Igualmente comprendo que el tratamiento puede extenderse incluso hasta un año o más, en cuyo transcurso deberé acudir a la consulta periódicamente, y cuidar especialmente la higiene dental mediante las técnicas que me ha indicado. Me ha explicado también pormenorizadamente la importancia del cuidado dental y el mantenimiento con visitas periódicas de sesiones de profilaxis e higiene dental, lo que debe realizarse a lo largo de toda la vida.

También comprendo que el objetivo perseguido NO SE PUEDA lograr, total o parcialmente, con independencia de la técnica empleada y de su correcta realización, y de que sin la esmerada contribución de mi parte en el control de placa bacteriana, mediante la higiene frecuente, los objetivos perseguidos no se puedan cumplir.

También sé que se puede producir cierto alargamiento de los dientes, más perceptible al sonreír, como consecuencia de haber eliminado el tejido inflamado

5.- El Cirujano Dentista me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.

He comprendido lo que se me ha explicado 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 queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.



Colegio Odontológico del Perú
Región Arequipa

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

DOY MI CONSENTIMIENTO, para que se me practique el tratamiento de periodoncia.

En Arequipa, a de de

El Paciente o
Representante Legal

Cirujano Dentista
COP



Decano Dr. Miguel Ángel Lizárraga Ugarte
Vicedecana Dra. Giovanna Manuela Medina Delgado
Directora Dra. Amet Yovana Flores Vásquez
Directora Dra. Lenia Victoria Teresa Cáceres Bellido
Director Dr. Enrique Olivares Revilla
Directora Dra. Yesenia Gloria Flores Vilca
Director Dr. Marcos Antonio Cárdenas Portugal