



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRÓTESIS FIJA

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 el tratamiento de prótesis dental, dándome la siguiente información:

Que para realizar un tratamiento de prótesis dental se me ha explicado la necesidad de tallar los dientes pilares de la prótesis, lo que puede conllevar la posibilidad de aproximación excesiva a la cámara pulpar (nervio) que nos obligaría a realizar un tratamiento de endodoncia y en algunos casos si el muñón queda frágil, a realizar un espigo de fibra o colado.

También se me ha explicado la necesidad de mantener una higiene escrupulosa para evitar el desarrollo de gingivitis y secundariamente enfermedad periodontal.

Asimismo, se me informa sobre la importancia de visitas periódicas (en principio anuales) para controlar la situación de la prótesis y su entorno.

Por otro lado, se me ha aclarado que existe la posibilidad de fractura de cualquier componente de la prótesis, que implique la reparación o el cambio total de la misma. Si ocurre dentro del periodo de garantía pactado, siempre y cuando se deba al uso adecuado de la prótesis (masticación de alimentos), la restauración será asumida por mi Cirujano Dentista, de lo contrario los gastos de reparación y honorarios serán asumidos completamente por mi persona.

He comprendido lo 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.

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



**Colegio de Cirujanos
Dentistas del Perú – Región Arequipa**
Consejo Administrativo Regional

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

En Arequipa, a de de

El Paciente o
Representante Legal

Cirujano Dentista
COP