

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-20

Implantes Dentales

Rev. 03

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO

Mediante este procedimiento se pretende restaurar piezas dentales perdidas previamente por alguna razón, logrando así una rehabilitación estética y funcional (masticación y lenguaje) de las arcadas dentarias.

EN QUE CONSISTE EL PROCEDIMIENTO DE IMPLANTES DENTALES

Este tipo de cirugía consiste en la instalación de una prótesis metálica anclada al hueso de la mandíbula o el maxilar superior, donde se espera su integración con el hueso, para luego de un periodo variable (dependiente del tipo de implante y las características del paciente), fijar en ella una o varias piezas dentales artificiales.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO DE IMPLANTES DENTALES

Comprendo que a pesar de la adecuado elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse afectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos, como otros específicos del procedimiento.

- Poco graves y frecuentes: Infecciones o sangrado de herida quirúrgica, Colección de líquido en la herida, Flebitis, Cicatrices retráctiles, Dolor prolongado en la zona de la operación.
- Poco frecuentes y graves: Infección grave de la región orofacial, Sangrado importante, Falla en la integración del implante y por lo tanto de su fijación en el hueso. El odontólogo me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una re intervención quirúrgica o no solucionarse por completo y por lo tanto perder el implante.

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencias de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

- Riesgos de todo procedimiento de todo anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

El odontólogo me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es la cirugía, ya que si bien existen otras alternativas como la Dentadura protésica removible convencional o el Puente fijo sobre piezas remanentes, estos presentan desventajas como la reabsorción ósea maxilar en el primero y el eventual costo más elevado en el segundo. Por otra parte los implantes favorecen la mantención del volumen óseo y del contorno facial.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO	FL-CDM-20
	Implantes Dentales	Rev. 03

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características del procedimiento y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención puede ser filmada y fotografiada y mi historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/a _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a un **IMPLANTES DENTALES**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice un **IMPLANTES DENTALES**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO, y no acepto el proseguir, ante ninguna circunstancia con el **IMPLANTES DENTALES**, asumiendo toda responsabilidad Ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza, que mi autonomía, soberana decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCACIÓN

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____