

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Localización del implante osteointegrado: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivos

Este procedimiento tiene por objeto reemplazar con tornillos de titanio, una o más piezas dentarias perdidas permitiendo con ello, su recuperación y posterior rehabilitación.

Características

Este tipo de cirugía consiste en la instalación de uno más tornillos de titanio en el maxilar superior y/o en la mandíbula, los cuales han sido previamente seleccionados tanto diámetro, longitud y por sus características, obedeciendo a una estricta planificación previa y de acuerdo a un protocolo quirúrgico establecido.

Riesgos

Se 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.
Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, tabaquismo crónico) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos 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: Edema y dolor post operatorio, leve sangrado.

Poco frecuentes y graves: Infección, hemorragia, parestesia, desplazamiento del implante a zonas no deseadas, imposibilidad de instalar el implante.

Eventualmente, puede suceder que por complicaciones que se presenten durante la intervención, ésta se extienda o deban realizarse procedimientos adicionales no explicados con anterioridad. Así mismo, el tiempo de duración del postoperatorio dependerá de las características particulares de cada paciente, de la propia intervención quirúrgica descrita, y en el evento de presentarse complicaciones el período de recuperación y tiempo total de hospitalización podría sufrir variaciones, así como el de requerir ser trasladado a otro prestador para dar continuidad a sus cuidados de salud.

Declaro comprender 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 dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición, formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala. Entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **IMPLANTE OSEOINTEGRADO**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal