

## Consentimiento Informado INSTALACIÓN IMPLANTES DENTALES

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Hipótesis Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Médico (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Representante legal (si corresponde): \_\_\_\_\_

### 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.

### Características

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.

Se me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

### Riesgos

A pesar de la adecuada 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.

Se me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención 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.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, tabaquismo crónico) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como falla en la integración del implante.

Se 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. Por ello manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **INSTALACIÓN IMPLANTES DENTALES**.

\_\_\_\_\_  
Firma Médico

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal