

Clínica Losada

ODONTÓLOGOS

Yo..... mayor de edad y con DNI

En caso de paciente menor de edad, impedido o incapacitado

Yo,con

DNI, en calidad de padre, madre, tutor/a o representante legal del paciente.....

Declaro:

I. Que se me ha explicado que es necesario que se me realice el tratamiento periodontal básico

II. Que antes de iniciar dicho tratamiento he sido informado/a de que:

- El objetivo del tratamiento periodontal es la **eliminación de los factores irritativos e infecciosos** que afectan a los tejidos de soporte de los dientes (encía, hueso alveolar, ligamiento periodontal, cemento radicular), alisar las superficies de las raíces para facilitar la adhesión de la encía al diente y reducir las bolsas periodontales, todo ello para conseguir el mantenimiento de los dientes en la boca, al detener el avance de la movilidad dental y/o la pérdida de los mismos.

- El procedimiento requiere la aplicación de anestesia local, lo que provocará una sensación de acorchamiento del labio o de la cara que desaparecerá al cabo de unas horas. También, que la administración de la anestesia podría producir ulceración y/o hematoma del tejido, dolor y, en raras ocasiones, pérdida de la sensibilidad en la boca o en la cara. Así mismo, puede provocar bajada de tensión y mareo.

- Es frecuente que después del tratamiento advierta un aumento de la **sensibilidad dentaria** y movilidad de los dientes, que pueden desaparecer espontáneamente o pueden requerir tratamiento posterior. Además, es común apreciar un cierto **alargamiento de los dientes** como consecuencia de la eliminación del tejido enfermo.

Todo acto odontológico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes: pequeños daños en los tejidos blandos adyacentes e inflamación en la zona, hemorragias localizadas y molestias al cepillarse en la zona tratada, durante varios días.

Aunque se me han practicado los medios diagnósticos precisos, es común que durante el tratamiento ocurran hechos imprevisibles, tales como: 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. En este caso, el facultativo tomará las medidas precisas y continuará el tratamiento.

El tratamiento de la enfermedad periodontal no es curativo definitivamente, por lo que necesitaré un **tratamiento de mantenimiento crónico** a base de profilaxis (limpiezas) y ocasionales repeticiones del tratamiento periodontal básico.

Si no logramos alcanzar con éxito los objetivos propuestos, estará indicada la repetición de este tratamiento o pasar a la siguiente fase que sería un **tratamiento quirúrgico** para eliminar las bolsas, aumentar la encía o bien tratar los defectos óseos.

DECLARACIONES Y FIRMAS PACIENTE

D./ Da con
DNI..... declaro que el odontólogo **Jose Manuel Losada Ynclan** me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y doy mi consentimiento para que me realicen dicha exploración/intervención. He recibido copia del presente documento.

Sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

En.....a
de.....de 20.....

Firmado, el/la paciente

REPRESENTANTE LEGAL

D. / Da con
DNI y domicilio en
calle no declaro que el odontólogo **Jose Manuel Losada Ynclan** me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para la situación clínica actual del paciente y las consecuencias previsibles de su no realización.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y doy mi consentimiento para que realicen al paciente
con DNI dicha exploración/intervención. He recibido copia del presente documento.

En Madrid, a de..... de 20.....

Firmado, el/la representante

FACULTATIVO

Yo, **Jose Manuel Losada Ynclan**, odontólogo he informado a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica. Asimismo, se le preguntó sobre posibles alergias, la existencia de otras enfermedades o cualquier otra circunstancia patológica personal que pudiera condicionar la realización de la exploración/intervención. Se incorpora este documento a la historia clínica del paciente.

En Madrid, a de de 20.....

28009593

REVOCACIÓN DE LA DECISIÓN POR EL PACIENTE

En.....a de.....de 20.....

El paciente

Odontólogo