

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 restaurador de uno o varios dientes.

II. He sido informado/a de que:

- Los objetivos de la obturación son eliminar el tejido enfermo del diente y rellenarlo posteriormente para conseguir un sellado hermético, devolviendo la función y estética a la pieza dental.
- En el caso que haya gran destrucción de la corona dentaria será necesario realizar una restauración indirecta, con el consiguiente aumento de número de visitas y coste del tratamiento.
- 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. Asimismo, puede provocar bajada de tensión y mareo.
- Es frecuente que, como efecto postoperatorio, el diente tratado presente durante unos días una mayor **sensibilidad**, así como leves molestias al masticar. Si estas molestias persisten más tiempo debo regresar a la consulta para una revisión.
- A pesar de que los materiales con los que se restaure mi diente imitan la apariencia del mismo, es posible que no me encuentre satisfecho/a estéticamente, porque las cualidades de la obturación nunca serán idénticas a las del diente sano.
- El tamaño y profundidad de la lesión cariosa unido al aumento de temperatura que implica del tratamiento de remoción de la caries puede producir un daño en la pulpa dental (nervio), lo que conllevaría la necesidad de realizar una **endodoncia**.

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