

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 una prótesis fija con el fin de restituir mis dientes afectados o ausentes para recuperar la función y la estética. Además, he comprendido que dicha prótesis se sujeta a mis dientes naturales y que no podrá ser retirada por mis propios medios.

II. He sido informado/a de que:

- El procedimiento puede requerir 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. Más raramente, puede provocar bajada de tensión y mareo.
- Para la realización de una prótesis fija es imprescindible tallar o desgastar uno o más dientes para darles una forma y tamaño específicos. En ocasiones desfavorables, el tallado puede provocar un daño en el nervio del diente que obligue a realizar una endodoncia.
- La confección de una prótesis fija requiere **múltiples visitas** al odontólogo. Para que durante estas fases los dientes estén protegidos y podamos hacer una vida normal, estos llevarán coronas provisionales, que se pegan con un cemento también provisional. A pesar de esto, es frecuente que con estos provisionales exista un aumento de la sensibilidad del diente ante distintos estímulos (frío, calor, masticación, etc).
- Respecto a la prótesis definitiva, aunque los materiales cerámicos modernos tienen un aspecto muy natural, en ocasiones es imposible reproducir el brillo y tono exacto de los dientes originales.
- Una vez cementada la prótesis comienza un periodo de acostumbramiento de unas pocas semanas, durante el cual nuestra boca se va adaptando a la nueva situación durante la masticación y el habla. Además, podría haber un aumento de la salivación que también cederá progresivamente.
- Debido a las potentes fuerzas masticatorias, el cemento bajo las prótesis puede ir experimentando un deterioro que culmine con el hipotético **despegamiento** de la prótesis. La mayoría de estos casos se solucionan con una nueva cementación.
- Debajo de los **pónticos** (coronas que sustituyen a los dientes ausentes) se pueden acumular con mayor facilidad restos alimenticios, por lo que será recomendable extremar la higiene mediante las maniobras y los instrumentos que su odontólogo le aconseje, a fin de evitar la inflamación de las encías y el mal aliento, así como mantener el buen aspecto de la prótesis.

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