

**CONSENTIMIENTO PARA IMPLANTES ODONTOLÓGICOS.-**

Ciudad y fecha: ...../...../20.....

1. Yo ....., de acuerdo al siguiente diagnóstico: ....., y habiéndome explicado el mismo en términos claros y sencillos, como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, autorizo al **Dr./a.** ....., y su equipo, a realizar un procedimiento odontológico tendiente a lograr la colocación de un implante bajo la encía y dentro del hueso en las siguientes piezas dentarias.....  
.....
2. La colocación del implante me ha sido totalmente explicada por el odontólogo, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de dicha intervención, y estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento mencionado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
  - a) Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervenciones son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura de la especialidad, las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación las siguientes de manera ejemplificativa: decoloración dentaria, alteraciones de la sensibilidad dentaria, inflamación, infección, hemorragia, dolor, ruptura del implante; así como las complicaciones propias del procedimiento anestésico y de los medicamentos a prescribir.
  - b) Que fumar excesivamente o ingerir azúcar y/o alcohol en dosis anormales pueden afectar la recuperación de las encías y limitar la duración del implante.
  - c) Si me opongo a la realización de tratamiento odontológico respecto de las piezas dentales antes identificadas, ello acarrea los siguientes efectos y riesgos:  
.....
3. Se me ha explicitado que existen alternativas terapéuticas, entre ellas:  
.....
4. Estoy en conocimiento de que durante el procedimiento se utilizará anestesia.....  
..... Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.
5. Soy consciente que la práctica odontológica no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el odontólogo me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.
6. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará el tratamiento implantológico, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con

interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.

- 7. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del tratamiento, cumpliendo fielmente las indicaciones y controles hasta que posea el alta definitiva.
- 8. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas anteriormente por otros profesionales.

Manifiesto ser alérgico/a a: .....

- 9. Se me ha explicado que en cualquier momento antes o durante la ejecución del tratamiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución o continuidad, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
- 10. He leído detenidamente este instrumento, lo he entendido totalmente en base a toda la información que se me ha proporcionado, por lo que suscribo el presente de plena conformidad.

**Firma del paciente:** .....

**Documento:** .....

**Aclaración:**.....

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

**(1) Firma:** .....      **(2) Firma:** .....

**Aclaración:** .....      **Aclaración:** .....

Documento: .....      Documento: .....

Teléfono: .....      Teléfono: .....

Domicilio: .....      Domicilio: .....

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....