

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PRÓTESIS REMOVIBLE**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/____

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su odontólogo tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su odontólogo, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse al procedimiento propuesto.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

El objetivo de los procedimientos propios de la Prótesis Removible va dirigido a la sustitución de los dientes perdidos previamente, mediante aparatología que el paciente puede retirar por sus propios medios, la cual puede ir apoyada sobre el hueso cubierto de mucosa, conectada a los dientes naturales remanentes mediante dispositivos protésicos no rígidos (retenedores) o una combinación de ambas formas.

Dentro de las posibles complicaciones que se pueden presentar están:

- Problemas de adaptación a la prótesis: Una prótesis removible no deja de ser un cuerpo extraño que se instala en la boca intentando sustituir las funciones dentarias y por lo tanto requerirá un tiempo de adaptación que variará según la situación del paciente y el tipo de prótesis. Requerirá adaptación para la correcta masticación, produciéndose posibles mordeduras e hipersalivación en algunos individuos. Estos inconvenientes suelen pasar, pero en algunos pacientes persisten en un grado variable.
- Riesgo de no responder a las expectativas estéticas y funcionales de los pacientes: Es preciso tener claro que estas prótesis, por sus materiales y sistemas de retención nunca podrán igualar la estética y función de los dientes naturales. Este tipo de prótesis debe retirarse diariamente para una correcta higiene protésica y de los dientes remanentes cuando existan.
- Riesgo de pequeñas zonas de inflamación en la encía o lesiones traumáticas asociadas al tipo de prótesis.
- Riesgo de que se introduzcan restos de alimentos bajo la prótesis o en los espacios vacíos que debe respetar y que se puede solucionar retirando la prótesis y limpiándola.
- Riesgo de fractura de los materiales de revestimiento de la prótesis, fractura o aflojamiento de los elementos de retención protésica con el paso del tiempo. No hay que olvidar que las prótesis dentarias soportan grandes fuerzas masticatorias, y que esto, irremediablemente, afectará a los materiales y requerirá su sustitución.

- Riesgo de que el paciente manifieste o desarrolle algún tipo de intolerancia o alergia a los materiales de los que está constituida la prótesis. Esta circunstancia es muy rara, difícilmente previsible, y de difícil solución.
- La instalación de la Prótesis Removible no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes de la Prótesis, por lo que el paciente se deberá comprometer a regresar a los controles que el Odontólogo Tratante le indique.

Además debe considerarse la compra de elementos especiales para la higiene correcta del aparato protésico de acuerdo a las indicaciones del profesional.

El paciente también ha sido informado de que la Prótesis Removible, debido a las fuerzas que soportan y al paso del tiempo, sufrirá deterioros (fisuras, roturas, cambios de coloración, tinciones, etc.), al igual que el hueso sobre el que se apoyan (cambios de forma), que harán necesario su renovación periódica, bajo el coste del paciente. Igualmente ha sido informado de que la propia prótesis facilita la acumulación de placa bacteriana, hecho que puede dañar las encías y los dientes pilares, y que deberá ser eliminada mediante una detenida higiene de la prótesis y de los dientes remanentes después de cada comida. Para prevenir estas circunstancias, se compromete a seguir las instrucciones dadas por su Odontólogo Tratante y a someterse a revisiones periódicas, en ningún caso espaciadas más de seis meses, y siempre que se presente cualquier tipo de molestia o duda sobre el tratamiento. Estas revisiones, que serán de coste del paciente, pueden implicar la necesidad de realización de una completa higiene y reajuste de parte o la totalidad de la prótesis.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO (A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ por mí mismo/en representación del paciente ya **individualizado**, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el procedimiento de **Prótesis Removible** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto. Entiendo que en caso que mi revocación se produzca una vez iniciado el tratamiento, éste podrá suspenderse sólo si ello no me perjudica y que serán de mi cargo los gastos en que se haya incurrido.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL PROCEDIMIENTO DE PRÓTESIS REMOVIBLE, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Obtención de Consentimiento	FECHA firma del consentimiento: ____/____/____	HORA:
Fecha de realización del Procedimiento		
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		
Nombre, R.U.T. y Firma Paciente/ Representante Legal		

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)