

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PERIODONCIA**

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 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, ligamento periodontal, cemento radicular), alisando las superficies de las raíces para facilitar la adhesión de la encía al diente y reducir los sacos periodontales. La finalidad es conseguir el mantenimiento de los dientes en la boca, al detener el avance de la movilidad dental y/o la pérdida de los mismos. Dentro de estos procedimientos propios de la periodoncia se incluyen desde los raspados y alisados radiculares hasta la gama de cirugía periodontal realizada con distintos procedimientos para tratar el hueso, la encía o facilitar los procedimientos higiénicos del paciente. También se incluyen toda una serie de procedimientos de estética gingival.

Dentro de las posibles complicaciones que se pueden presentar están:

- El tratamiento de Periodoncia puede requerir la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. La administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor, y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento posterior. La anestesia puede provocar urticarias, dermatitis, asma, edema angioneurótico (asfixia), que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente e inmediato.
- 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 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.
- 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.

- Alteraciones en la estética dentogingival: cualquier tratamiento periodontal, y sobre todo si es quirúrgico, conlleva la eliminación de tejidos enfermos, lo que puede provocar cambios importantes en la estética dental. La alteración más frecuente es la retracción gingival que provoca la sensación de alargamiento del diente, habitualmente no reversible.
- En caso de cirugía periodontal existen riesgos específicos de todo procedimiento quirúrgico: dolor, inflamación, hemorragia, hematoma, sobreinfección de la zona, dehiscencia de suturas, fracaso de los procedimientos estéticos mucogingivales (de las encías) o rechazo de los tejidos o materiales injertados (óseos, gingivales, etc.).
- Existe siempre el riesgo de reactivación de la enfermedad periodontal que puede deberse a una higiene incompleta o a factores intrínsecos del paciente difícilmente controlables.

El tratamiento de la enfermedad periodontal no es curativo definitivamente, aunque en la gran mayoría de los casos, puede mantenerse detenida mediante tratamiento odontológico si existe una buena cooperación del paciente en el mantenimiento de una buena higiene oral. En ocasiones no existe más tratamiento posible que la extracción de uno o más dientes, para evitar la propagación de la enfermedad o eliminar la sintomatología de dientes muy afectados. Además, para poder controlar y frenar la evolución de la enfermedad periodontal es imprescindible, aparte de una cuidadosa higiene oral personal, la realización de visitas periódicas de control y mantenimiento, consistentes en profilaxis (limpiezas) y ocasionalmente raspados de las irregularidades que los depósitos microbianos provocan en las superficies de las raíces. Si no se logra 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 o bien tratar los defectos óseos. El tabaquismo y la diabetes son conocidos factores agravantes de la enfermedad periodontal, por lo que el fumar y/o un mal control de la diabetes conlleva una respuesta peor a los tratamientos, y un mayor riesgo de agravamiento de su evolución normal y de reactivación de la enfermedad. Es importante comunicar todos los antecedentes clínicos y tratamientos farmacológicos en curso.

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 tratamiento de **Periodoncia** 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 TRATAMIENTO DE PERIODONCIA 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)