

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
ORTODONCIA**

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 ortodoncia va dirigido al tratamiento de anomalías en la posición dentaria o en el desarrollo óseo, que pueden producir alteraciones en la función masticatoria y en la estética, principalmente. El propósito principal de la ortodoncia es mejorar la salud bucal, al conseguir un alineamiento correcto de los dientes, así como una relación intermaxilar adecuada con una oclusión normal. Los tratamientos de ortodoncia también pueden formar parte de tratamientos más complejos y asociarse a tratamientos periodontales o de prótesis dental. En ocasiones la ortodoncia se realiza como preparación de las arcadas para tratamientos de Cirugía Ortognática (que realizará bajo su responsabilidad el cirujano maxilofacial). La ortodoncia incluye muchos posibles procedimientos. Éstos se podrían clasificar, de forma muy básica, en procedimientos de aparatología fija (vestibular o lingual), aparatología removible, aparatos ortopédicos bucofaciales, y todas sus posibles combinaciones. Todos los aparatos, pero en especial los removibles, requieren una adecuada colaboración en su uso y cuidados para obtener el resultado previsto. Si el paciente no lo usa el tiempo prescrito, el resultado y la duración no serán los predecibles.

Dentro de las posibles complicaciones que se pueden presentar están:

- Riesgo de sensibilidad dentaria debido a las fuerzas ejercidas sobre los dientes o maxilares.
- Riesgo de que se suelten partes de la aparatología fija (brackets, bandas, arcos, etc.) debido a las fuerzas masticatorias. Ante esta situación hay que consultar con el profesional.
- Riesgo de ingestión, o incluso aspiración, de los materiales empleados en ortodoncia fija (brackets, etc.) que se hubiesen podido despegar completamente.
- Riesgo de pequeñas molestias dolorosas de los dientes y la irritación de encías, labios, mejillas y lengua (llagas). Estas molestias suelen ser iniciales y remiten espontáneamente en unos días.
- Riesgo de alergia a los materiales empleados que podría provocar su retirada y un eventual cambio en el plan de tratamiento.
- Riesgo de que una deficiente higiene facilite la aparición de manchas blancas permanentes (descalcificaciones), caries dental o gingivitis (encías inflamadas). Se me ha explicado con toda claridad que durante el tratamiento debo de extremar las medidas higiénicas y evitar la ingesta frecuente de productos muy azucarados.

- En caso de tratamientos ortodóncicos con finalidad principalmente estética, existirá siempre el riesgo de no cumplir con las expectativas del paciente por motivos difícilmente evitables: imprevisibilidad del crecimiento buco maxilofacial, etc.
- Riesgo de que el desarrollo imprevisible de la erupción dentaria, el crecimiento de los maxilares o de respuesta de dientes o hueso a las fuerzas ortodóncicas obliguen a cambiar el plan de tratamiento, requiriendo en ocasiones extracciones de dientes definitivos para conseguir espacio y el alargamiento del tiempo de tratamiento.
- Algunos pacientes son más susceptibles a que se produzca la reabsorción (acortamiento) de la raíz de uno o varios dientes sometidos a fuerzas ortodóncicas. Este fenómeno es infrecuente, de etiología desconocida, pero imprevisible. Habitualmente esto no tiene consecuencias apreciables, pero en ocasiones puede afectar la longevidad del diente e implicaría alterar el plan de tratamiento.
- Riesgo de molestias o dolor en la articulación témporo-mandibular debido a la modificación del patrón oclusal necesario para el correcto alineamiento dental. Estos problemas pueden ocurrir con o sin tratamiento de ortodoncia y en general son debidos a factores previos predisponentes (hiperlaxitud ligamentosa, traumatismos previos, artrosis, artritis, bruxismo, stress etc.) y también a un fenómeno de maduración esquelética.
- Riesgo de retracciones de la encía, no previsibles, debidas al efecto de los movimientos. También pueden presentar inflamación de la encía como consecuencia del acúmulo de placa bacteriana.
- Los dientes incluidos (dientes ubicados dentro del hueso y/o mucosa) tienen un tratamiento más complejo y sus resultados no se pueden asegurar. Existe la posibilidad que el diente incluido dañe la raíz de los dientes vecinos hasta, en ocasiones, provocar su pérdida. En ocasiones el tratamiento falla por anquilosis dental que es imposible diagnosticar previo al tratamiento y que conlleva la necesidad de extraerlo y su posterior reposición.
- Riesgo de que se produzcan modificaciones en los resultados conseguidos a la conclusión del tratamiento por factores de desarrollo o erupción dentaria, o por modificaciones en el hueso de soporte dental. Estos factores son difícilmente predecibles, pero pueden ser aminorados siguiendo las indicaciones dadas por el profesional respecto a la utilización de retenedores y a los controles una vez terminado el tratamiento.
- Para prevenir todas estas circunstancias se compromete a someterse a los controles periódicos que el profesional considere oportunos durante e incluso después de concluir el tratamiento.

El paciente conoce que, después de terminar el tratamiento y dependiendo del caso concreto, es necesario utilizar algún sistema de contención para evitar modificaciones posteriores de la alineación dentaria. Esta fase de retención también precisa revisiones, aunque más espaciadas. Un tratamiento de ortodoncia no garantiza que los dientes estén perfectamente alineados toda la vida, pues a lo largo de los años los dientes están sometidos a fuerzas de masticación, habla, hábitos y al desgaste propio que sufre todo el organismo.

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 **Ortodoncia** 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 ORTODONCIA 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)