clínica biobío

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INSTALACIÓN DE IMPLANTES DENTALES

FECHA …….

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente …….…….…..... Edad …..……....

Nombre y apellidos (Representante legal) ..……...

DIAGNÓSTICO .....

OBJETIVOS

- Mediante este procedimiento se pretende restaurar piezas dentales perdidas previamente por alguna razón, logrando así una rehabilitación estética y funcional (masticación y lenguaje) de las arcadas dentarias.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Este tipo de cirugía consiste en la instalación de una prótesis metálica anclada al hueso de la mandíbula o el maxilar superior, donde se espera su integración con el hueso,
- Para luego de un periodo variable (dependiente del tipo de implante y las características del paciente), fijar en ella una o varias piezas dentales artificiales.
- El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES

- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas.
- Como otros específicos del procedimiento: 1. Infección. 2. Sangrado de herida quirúrgica. 3. Colección de líquido en la herida. 4. Flebitis. 5. Cicatrices retractiles. 6. Dolor prolongadoen la zona de la operación. 7. Falla en la integración de implante y por lo tanto su fijación al hueso.
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

clínica biobío

DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL	**PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL**
Dr(a). ……	Sr(a). …….....
RUT. …….....	RUT. ……..…….
Firma: ……	Firma: …….....

NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal: …….....
RUT: ……
Firma:…….....
Fecha:…….

REVOCACIÓN

☐ REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente …..…..…….....)

☐ REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal: …….....
RUT:……..
Firma:……
Fecha:……