



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Cirugía para la colocación de implantes oseointegrados

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad.

Lea esta autorización a su conveniencia y coméntela con sus familiares. Además, por favor, siéntase en libertad de pedir la opinión de otros médicos. Escriba cualquier pregunta que pueda tener para discutirla en su próxima visita.

Yo _____, por el presente documento autorizo al

Dr. _____ para que realice la intervención quirúrgica de colocación de implantes dentales oseointegrados, para el tratamiento previsto de rehabilitación de mi boca.

Este tratamiento me fue explicado detalladamente. Se me entregó esta forma de autorización para llevar a casa y para que la comentara con mis familiares, amigos o con otros médicos. Comprendo que el propósito de la intervención es procurar restaurar la pérdida de uno o varios dientes mediante la colocación de una prótesis conectada a los implantes. He sido informado de planes alternativos de tratamiento mediante la utilización de otro tipo de prótesis convencionales.

He tenido tiempo de poder informar y discutir con mi cirujano mis antecedentes médicos, incluyendo cualquier enfermedad o lesión importante.

He sido informado de que en toda intervención quirúrgica realizada en la boca, puede acontecer, entre otros:

- Molestias e inflamación postoperatoria durante los primeros días.
- Sangrado.
- Infección postoperatoria que requiera tratamiento adicional: (antibióticos y/o antiinflamatorios)
- Lesión de raíces de dientes adyacentes o de nervios en el área de la intervención.
- Comunicación oro-sinusal que requiera cirugía adicional.
- Aspiración o deglución de algún instrumento quirúrgico de pequeño tamaño.

Los implantes oseointegrados han sido ampliamente utilizados en todo el mundo, desde hace más de 20 años, y son un procedimiento considerado seguro por la comunidad científica internacional. No obstante he sido informado de las complicaciones potenciales de este procedimiento quirúrgico que incluyen, además de los citados previamente:

- Falta de integración del implante con el hueso que lo rodea, con la consiguiente pérdida precoz o tardía del implante. (2-3%)



- Imposibilidad de colocar el implante en la localización prevista por deficiencias en la cantidad o calidad del hueso remanente. En esta situación, el cirujano podrá optar por colocarlo en otra posición o por no colocarlo.
- Fractura del implante o de algún componente de la prótesis.

Si surgiese cualquier situación inesperada durante el transcurso de la intervención, autorizo a mi cirujano a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las indicadas en este documento, que en su juicio clínico estimase oportuna para mi tratamiento.

Me ha sido explicado que para la realización de este tratamiento es imprescindible mi colaboración con una higiene oral muy escrupulosa y con visitas periódicas para control clínico. Acepto cooperar con las recomendaciones de mi médico mientras esté al cargo de mi tratamiento, comprendiendo que cualquier falta de seguimiento de las mismas podría provocar resultados inferiores a los esperados. He sido informado de que el tabaquismo es un factor de riesgo para el tratamiento con implantes.

HE TENIDO TIEMPO Y OPORTUNIDAD DE LEER DETENIDAMENTE Y ENTENDER LOS TÉRMINOS EN LOS QUE ESTÁ REDACTADO ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO.