

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO-ORTODONCIA

Lugar y fecha _____

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones mas frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones, léalo atentamente y consulte todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que pueda realizarle dicho procedimiento.

El/la que suscribe _____, DNI N° _____, con domicilio en calle _____ otorgo mi consentimiento a la colocación de brackets en el maxilar superior propuesto por el/la Dr/a _____.

A propósito declaro haber sido informado y haber comprendido acabadamente que el objeto del tratamiento es corregir el apiñamiento de los dientes superiores y lograr la alineación de los incisivos superiores, exclusivamente.

MATERIAL CONVENIDO: _____

LIMITACIONES

Su aparato esta formado por brackets, bandas de metal y un muelle que mueve algunos dientes en mal posición, tomando apoyo sobre los otros. Los brackets están pegados con un pegamento que puede soportar un máximo de fuerza de 300grs. por diente, mientras que los músculos masticatorios pueden desarrollar una fuerza de hasta 40 kgrs. por diente. Una alimentación muy dura que requiera una fuerza excesiva romperá el aparato

RIESGOS TIPICOS

- El muelle que mueve los dientes puede provocar una leve reacción inflamatoria a nivel de los ligamentos que unen los dientes al hueso. Esto se traduce en un dolor 3 hs. después de la colocación del aparato y que se puede prolongar hasta una semana, disminuyendo progresivamente.
- Si los brackets no se tratan con cuidado pueden romperse, en cuyo caso el tratamiento sufrirá un retraso.
- Se pueden producir úlceras o llagas o incluso pueden con el tiempo producirse reabsorción de las raíces o disminución en el tamaño de las encías que deben ser objeto de tratamiento posterior.
- Mayor sensibilidad en los dientes / muelas sobre los que se apoya el aparato que normalmente desaparecerá de modo espontáneo.

RIESGOS PERSONALIZADOS

Además de los riesgos antes descriptos, por mi circunstancias especiales hay que esperar los siguientes riesgos:

RECOMENDACIONES

- Evite comer alimentos duros como comer a mordiscos una manzana, zanahoria etc.
- Prohibido comer chicle.
- Se aconseja beber zumos de naranja y comer abundante fruta, así como aportes de vitamina D para facilitar el movimiento dental.

INDICACIONES

- Extremar las medidas de higiene de la boca, los dientes y el aparato para evitar mayor exposición a las caries y a la enfermedad de encías.
- Concurrir a cada una de las consultas para que el profesional relice las revisiones necesarias a los fines de evitar retraso del tratamiento

He leído las instrucciones de manejo, cuidado y mantenimiento que me ha entregado el Dr. _____ y he comprendido todas las explicaciones que se me han facilitado en lenguaje claro y sencillo, he podido realizar todas las observaciones y se me han aclarado todas las dudas; por lo que estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta formula de consentimiento.

Asimismo, entiendo que la colocación del aparato no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación y seguimiento, por lo que me comprometo a regresar a la consulta odontológica cada vez que el profesional lo requiera.

Firma del Paciente o Representante

Firma del Profesional