

Este documento, tiene una finalidad meramente informativa. El día de la realización del tratamiento, se le hará entrega del mismo formulario, pero personalizado con sus datos, y sí tendrá validez como consentimiento al realizar la intervención ahora descrita. El objetivo de esta entrega previa, es que lo pueda leer detenidamente y si le surge cualquier tipo de duda, nos los pueda hacer saber con anterioridad a la intervención.



TEXTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO PERIODONTAL DE FASE HIGIÉNICA

Yo,
como paciente o como su representante, con DNI Nº con fecha,
DECLARO que he sido debidamente informado/a por el Dr./Facultativo
de CLÍNICA DENTAL CAN PARELLADA y, en consecuencia, **AUTORIZO** a que me realice el procedimiento terapéutico
de HIGIENE DENTAL Y/O CURETAJE, habiendo comprendido las siguientes explicaciones que me ha dado (tanto oral
como escritas):

1. La enfermedad periodontal **no tiene cura**, sino que **se controla**, el hueso y la encía que se ha perdido no se regenera espontáneamente. La estabilización de la enfermedad depende en su mayoría de la **higiene oral** que yo realice diariamente en casa con cepillo, seda dental y demás accesorios que el facultativo crea necesarios en mi caso y de las **visitas periódicas de mantenimiento** que me indiquen.
2. Que es necesario en mi situación proceder a realizar una **higiene y/o tratamiento periodontal de fase higiénica**.
3. Que el propósito principal del tratamiento es la **eliminación o reducción** de los agentes bacterianos y factores irritativos en los tejidos de soporte de los dientes (encía, hueso), para conseguir el mantenimiento de los dientes en tiempo y función, evitando inflamación y sangrado de la encía y la consecuente pérdida de hueso de soporte.
4. Que el acto consiste en la eliminación de la **placa bacteriana** y el **cálculo profundo** con aparatología sónica o ultrasónica y manual, mediante curetas.
5. Que puedo precisar de un **estudio diagnóstico complementario** consistente en el sondaje/medición de la encía antes y/o después del tratamiento para valorar el grado de inserción de los tejidos de soporte de los dientes. O bien de la realización de **múltiples radiografías, tomografía computarizada de haz cónico (TAC)** para valorar el grado de pérdida ósea.
6. Que es posible que después del tratamiento advierta un **aumento de la sensibilidad dentaria** que normalmente desaparecerá, bien espontáneamente, bien por tratamiento posterior.
7. Que es posible que se produzca un **aparente alargamiento de los dientes**, más perceptible al sonreír, como consecuencia de la desinflamación de la encía después de haberse eliminado los agentes bacterianos y los factores irritativos.

8. Que la **respuesta** al tratamiento debe evaluarse y para ello deberé visitar al facultativo periódicamente, y cuidar especialmente la **higiene dental** mediante las técnicas que me ha indicado.
9. Que el **objetivo perseguido** puede no obtenerse, total o parcialmente, con independencia de la técnica empleada y de su correcta realización, y de que, sin el control de placa, mediante la higiene, los objetivos perseguidos no se pueden cumplir. También es importante tener buenos hábitos de alimentación y de salud en general.
10. Que el tratamiento que voy a recibir, en ocasiones, implica 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**.
11. En caso de haberme **anestesiado**, tendré la sensación de **acorchamiento e hinchazón** del labio o de la cara, que puede prolongarse hasta un máximo de 8 horas dependiendo de la cantidad y el tipo de anestésico administrado.
12. Que el procedimiento indicado tiene el fin de conseguir un **indudable beneficio**, sin embargo, no está exento de complicaciones como las siguientes:
- Que durante o después del procedimiento puedo presentar **signos y síntomas** como: dolor, sensibilidad al frío, calor o dulces. Empaquetamiento de alimentos, espacios negros entre dientes debido a la pérdida del hueso y encía. Algunos de los dientes que actualmente presentan movilidad, pueden no mejorar y no volver a su posición original y requiera otro tipo de tratamiento.
 - La administración de la **anestesia** puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, una pequeña hemorragia, hematoma, laceraciones, ulceración de la mucosa y dolor, mordedura del labio o lengua mientras dure su efecto, parálisis transitoria y menos frecuentemente, trismus, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, bajada de tensión, síncope o fibrilación ventricular.
 - **Alergia al agente anestésico**, la anestesia puede provocar urticaria, dermatitis, asma, edema angioneurótico (asfixia), que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.
13. Si soy un **paciente fumador**, se me ha explicado que el cigarrillo no solo agrava la enfermedad, sino que también la recuperación post tratamiento es más lenta y la reactivación de la enfermedad es más frecuente; lo cual puede afectar en gran medida el pronóstico de mis dientes y el resultado del tratamiento. Así como también en pacientes con **diabetes NO controlada**.
14. Que, debido a las **características individuales** de cada persona, entre ellos por la capacidad del sistema de defensa, comprendo que no se me garantizan ni se me aseguran los resultados y tampoco es posible prever todas las **complicaciones**, ya que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización, sino que pueden ser imprevisibles, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas para continuar el tratamiento.
15. Doy **autorización** para que se me efectúen **radiografías, fotografías y/o sea filmada la intervención** que se me efectúe. Si en algún momento en que se tenga que transmitir información entre facultativos de mis datos clínicos, fotografías o vídeos, pueden ser enviados entre ellos de forma directa o a través de correo electrónico, lo autorizo.
16. He **comprendido las explicaciones** que se me han facilitado y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.
17. Que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo **revocar el consentimiento** que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y riesgos del acto, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me efectúe el tratamiento arriba indicado.

Y, para que así conste, firmo el presente original después de leído.

En TERRASSA, DNI Nº

Firma del paciente o representante legal:

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento:

Firma del testigo:

Consúltenos si tiene cualquier duda:

 93 731 78 20 |  608 297 949

Puede descargarse esta información en:

<http://www.dentalcanparellada.es/pdf/consentimiento/tto-periodontal-higienico-cas.pdf>