

## CONSENTIMIENTO INFORMADO IMPLANTOLOGIA ORAL

La Implantología Oral es una técnica de Rehabilitación Oral que permite devolver los dientes perdidos. Esta técnica consiste en la inserción de un tornillo de titanio en el espesor del hueso de los maxilares, el cual luego de un período de cicatrización permite la colocación sobre este tornillo de una prótesis dental.

Si bien hoy en día la implantología es la mejor opción para recuperar los dientes perdidos, esta técnica tiene sus limitaciones relacionadas entre otros con la cantidad y calidad ósea, estado de salud general del paciente, capacidad de higiene y grado de compromiso del paciente.

La cirugía de implantes tiene un alto porcentaje de éxito, sin embargo como todo acto quirúrgico, existe un riesgo de fracaso, que para esta cirugía es bastante menor (alrededor de un 5%).

Esta cirugía es un acto quirúrgico electivo, que requiere de una preparación previa del paciente, en relación a la eliminación de cualquier foco infeccioso, tales como caries, restos radiculares o enfermedad de las encías.

De la misma forma, el paciente debe contar con los exámenes imagenológicos necesarios para la planificación del tratamiento, y los exámenes que acrediten un estado de salud compatible con esta cirugía.

El paciente que se someta a esta cirugía requerirá un protocolo de medicación pre- y postoperatoria (Antibióticos y analgésicos antiinflamatorios), que permitirá minimizar el riesgo de infección, dolor e inflamación que este procedimiento implica.

Esta cirugía puede realizarse con anestesia local, general o utilizando sedación, dependiendo de los requerimientos del caso y de los riesgos inherentes de las mismas.

El mal hábito de fumar disminuye las posibilidades de éxito de esta cirugía de implantes por lo que el paciente fumador se compromete, mediante este documento, a seguir el protocolo de cesación del mal hábito que le será indicado, lo que permitirá disminuir y no eliminar el riesgo de fracaso.

A pesar de la correcta realización de la técnica, pueden presentarse efectos indeseables como: dolor postoperatorio, hemorragia post o intraoperatoria, infección de la zona de la cirugía, hematoma o inflamación de la zona en cuestión, hipoestesia o anestesia del nervio dentario inferior (diente, encía y labio inferior) en forma temporal o definitiva, alteración en la sensibilidad de áreas faciales u orales entre otros.

Es necesario, por parte del paciente, advertir al cirujano de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, renales, inmunológicas, existencia de prótesis en cualquier parte del cuerpo, marcapasos, medicaciones actuales o pasadas por tiempos prolongados o cualquier otra circunstancia que pudiera complicar el intra- o postoperatorio.

# CONSENTIMIENTO INFORMADO IMPLANTOLOGIA ORAL

Declaro:

1. Que el Dr. /Dra. \_\_\_\_\_ me ha explicado el procedimiento así como los riesgos que este conlleva y que he comprendido adecuadamente la información que se me ha entregado, además de aclarar las dudas que se me pudiesen haber generado, por lo que **autorizo la realización de este procedimiento.**
2. Que por la presente pido y autorizo al Dr./Dra. \_\_\_\_\_ así como a todos los asistentes que él designará, ejecutar sobre mí un tratamiento con implantes y efectuar todo procedimiento que a su juicio, le parezca necesario durante esa operación.
3. El efecto y la naturaleza del implante considerado, los riesgos que él implica, así como todas las alternativas y métodos posibles de tratamiento me han sido perfectamente explicados, ninguna clase de garantía se me da en cuanto a los resultados que podrían ser obtenidos. Hago esta declaración en pleno conocimiento del hecho, que no se puede asegurar que este implante tenga éxitos en todos los casos.
4. Hago sin embargo esta declaración y doy autorización para proceder por mi libre voluntad, por mi propia iniciativa.

## **Paciente**

Don/Doña \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

## **Representante**

Don/doña \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

En mi calidad de representante legal, padre, madre o familiar responsable del paciente: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Quilpué, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_