

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA RELACIONADA CON LA ORTODÓNICA

En cumplimiento de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se le presenta para su firma el siguiente documento:

D. /D^a:..... con DNI:..... como paciente
(en caso de menores o incapacitados consignar el nombre y DNI del padre, madre, tutor o persona responsable)
D. /D^a:..... DNI:, ha sido
informado/a por el Dr. Vicente Gimeno Vicent, Col. N^o: 28009048 de Madrid, sobre los procedimientos clínicos del
procedimiento terapéutico denominado:.....

.....
Me doy por enterado/a de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento.

El propósito principal de la intervención es **corregir la posición anómala de los dientes** o maxilares, para obtener una correcta función masticatoria así como la mejora estética, o para optimizar una reposición dentaria mediante prótesis. Que este tratamiento multidisciplinar, **puede prolongarse en el tiempo**, lo que no depende de la técnica empleada ni de su correcta realización, sino de factores generalmente biológicos, o de la respuesta de mi organismo a las fuerzas aplicadas a los maxilares y a los dientes, totalmente impredecibles, y que durante todo ese tiempo debo **extremar las medidas de higiene oral** para evitar consecuencias la aparición de caries y/o alteraciones periodontales.

También se me ha explicado que, aunque infrecuentemente y con independencia de la técnica empleada en el procedimiento y de su correcta realización, pueden aparecer, **tanto durante el tratamiento como al finalizarlo**, complicaciones periodontales, reabsorciones radiculares, y recidivas del tratamiento, así como la posibilidad de necesitar de por vida, un aditamento que sirva de elemento de retención ortodóncica y evite complicaciones de tipo recidiva (Essix o similar).

Todos estos procedimientos suponen un indudable beneficio, sin embargo no están exentos de complicaciones, algunas de ellas inevitables, siendo las estadísticamente más frecuentes:

- 1- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía.
- 2- Hematoma e hinchazón de la región.
- 3- Hemorragia postoperatoria.
- 4- Apertura de los puntos de sutura.
- 5- Daño a los dientes vecinos que podía eventualmente suponer la pérdida de los mismos.
- 6- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior).
- 7- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o definitiva (de la lengua y del gusto).
- 8- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio infraorbitario (de la mejilla), temporal o definitiva.
- 9- Infección de los tejidos o del hueso.
- 10- Sinusitis.
- 11- Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
- 12- Fracturas óseas.
- 13- Desplazamiento de dientes a estructuras vecinas.
- 14- Tragado o aspiración accidental de dientes o de alguna de sus partes.
- 15- Tragado o aspiración accidental de alguno de los instrumentos quirúrgicos de pequeño tamaño.

- 16- Rotura de instrumentos. Rotura de la aguja de anestesia.
- 17- Infección de los puntos de sutura.
- 18- Asimismo el paciente firmante, por sus especiales condiciones personales previas al tratamiento que se especifican:.....

 puede presentar riesgos añadidos como pueden ser:

Consiento la realización de **pruebas de radiodiagnóstico** (radiografías periapicales -pequeñas-, panorámicas -toda la boca- y CBCT -similar a un TAC en tres dimensiones-), cuando el doctor lo crea necesario para un correcto diagnóstico y tratamiento a realizar.

Consiento en que se tomen **fotografías o registros** en otros tipos de soporte audiovisual, antes, durante y después de la intervención quirúrgica, para facilitar el avance del conocimiento científico y la docencia. En todos los casos será resguardada la identidad del/de la paciente.

Yo D. /D^a:..... Como paciente (y si procede) D. o D^a:.....(como padre, madre, tutor o persona responsable), he sido informado/a por el Dr. Gimeno Vicent, mediante un lenguaje claro y sencillo, me ha dado respuesta a cuantas observaciones he formulado, aclarando todas la dudas, por lo cual comprendo el alcance y el significado de dicha información y consiento en realizarme el procedimiento de cirugía oral descrito en el plan de tratamiento. También he sido informado/a de la posibilidad de rechazar este consentimiento por escrito en cualquier momento, haciendo frente a los gastos ocasionados hasta ese momento.

Toledo,.....de.....de 20.....

El paciente (padre madre o tutor)

El Odontólogo informante