

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE OBTURACIONES

1. Se va a proceder a la obturación del/los diente/s..... para lo cual se necesita la administración de anestesia local con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. Se producirá una sensación de acorchamiento de los labios y cara, que normalmente van a desaparecer espontáneamente en dos o tres horas aunque pueden raramente quedar secuelas funcionales o sensitivas, parálisis leve de la zona, disminución o aumento de la sensibilidad.
2. La administración de la anestesia puede provocar en el punto en el que se administre la inyección ulceración de la mucosa y dolor, y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior. En algunas ocasiones puede producir bajada de tensión y más raramente un síncope o fibrilación y, excepcionalmente, el fallecimiento.
3. Aunque según se me ha explicado de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o hipersensibilidades al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticaria, dermatitis de contacto o general, asma, edema angioneurótico, que en casos extremos, puede requerir tratamiento urgente. Uno de los componentes de la anestesia, la adrenalina, puede llegar a favorecer la aparición de una cardiopatía isquémica que debe ser tratada posteriormente.
4. Después de la administración de la anestesia se va a proceder a la obturación que es un tratamiento que consiste en limpiar la cavidad de tejido enfermo y rellenarla posteriormente para conseguir un sellado hermético, conservando el diente y su función. Es frecuente que se produzca una mayor sensibilidad que normalmente desaparecerá de modo espontáneo según pase el tiempo.
5. El sellado hermético puede reactivar procesos infecciosos que hagan necesaria la endodoncia y que, si la caries es profunda, el diente quedará frágil y podrá ser necesario llevar a cabo otro tipo de reconstrucción o colocar una corona protésica. Las cualidades del diente nunca serán idénticas a su aspecto sano.
6. Se me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, o cualquier otra circunstancia ya que pueden suponer una contraindicación para el procedimiento. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como _____
7. Además, el médico me ha informado de las opciones alternativas a este procedimiento.

ACEPTACIÓN/DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO, FIRMAS Y POSIBILIDAD DE REVOCACIÓN PARA REALIZACIÓN DE OBTURACIONES

FECHA:...../...../.....

D./Dña/.....
..... (NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE) D.N.I.:,
CIP:.....D./Dña/.....
.....(NOMBRE Y APELLIDOS DEL
REPRESENTANTE LEGAL/FAMILIAR/PERSONA CON OTRA VINCULACIÓN DE HECHO
(en caso de incapacidad del paciente para consentir o denegar, ya sea por minoría de edad,
incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (padre,
madre, tutor, etc.) D.N.I.:

NOMBRE DEL PROFESIONAL SANITARIO QUE INFORMA:

D./Dña/.....
Nº COLEGIADO:

Declaro que:

- He sido informado de forma comprensible de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.
- Estoy satisfecho con la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y, me han sido aclaradas todas mis dudas.
- En consecuencia, doy mi consentimiento para su realización sabiendo que puedo revocarlo en cualquier momento firmando la denegación/revocación si llegara el caso.
- Si surgiera alguna situación urgente, que requiriese algún procedimiento distinto del que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo sin previo consentimiento.

Firma del paciente

Firma del Tutor o Representante Legal

Firma del Profesional

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACIÓN/REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

Firma del paciente

Firma del Tutor o Representante Legal

Firma del Profesional