

CONSENTIMIENTO PARA IMPLANTES ODONTOLÓGICOS

...../...../.....

1. Yo....., habiéndome explicado detalladamente, y en términos sencillos, los objetivos, alcances, características y consecuencias del tratamiento, autorizo al Dr. .... y a su equipo quirúrgico a realizar un procedimiento odontológico tendiente a lograr la colocación de un implante bajo la encía y dentro del hueso en las siguientes piezas dentarias .....
2. La colocación del implante me ha sido totalmente explicada por el odontólogo, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de dicha intervención, y estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento mencionado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
  - \* a) El odontólogo me ha examinado la boca y me ha explicado las alternativas a este tratamiento. Que entre todas las posibilidades he optado por la implanto-odontología para reemplazar los dientes faltantes.
  - \* b) Las complicaciones que pueden originarse son las descritas en la bibliografía científica, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación, a título ejemplificativo las siguientes: decoloración dentaria, alteraciones de la sensibilidad dentaria, inflamación, infección, hemorragia, ruptura del implante, etc.; así como las complicaciones propias del procedimiento anestésico y de los medicamentos a prescribir.
3. Comprendo que fumar excesivamente o ingerir azúcar y/o alcohol en dosis anormales pueden afectar la recuperación de las encías y limitar la duración del implante.
4. Soy consciente que la práctica odontológica no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el odontólogo me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.
5. Doy mi consentimiento a ser fotografiado/a y/o filmado/a antes, durante y después del tratamiento, siendo este material propiedad del odontólogo y podrá ser publicado en revistas científicas y/o ser expuestas con el objeto de promover el progreso de la implanto-odontología.
6. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta definitiva.

**La mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional**

7. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas anteriormente por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico/a a: .....
8. He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido totalmente, autorizando al odontólogo a realizarme el procedimiento mencionado.

Firma del paciente: .....

Aclaración: .....

Documento: .....

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concurre a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo.

Firma: .....

Aclaración: .....

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

Documento: .....

Teléfono: .....

Domicilio: .....