

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE OBTURACIONES

de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente:

- ❖ *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.*
- ❖ *Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. (BOJA núm.74 de 4 de julio de 1998.*
- ❖ *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE núm.274 de 15 de noviembre de 2002).*

Yo D.....(como paciente), con DNI
núm....., mayor de edad, y con domicilio en.....

o Yo D....., con DNI núm.....,
mayor de edad, y con domicilio en.....
en calidad de (representante legal) de D.....

DECLARO

Que el Odontólogo/Estomatólogo D./Dña.....
me ha explicado que es conveniente en mi situación proceder a realizar una obturación o
empaste a un diente o molar, dándome la siguiente información:

1.- El propósito principal de la intervención es restaurar los tejidos dentarios duros y proteger
la pulpa, para conservar el diente/molar y su función, restableciendo al tiempo, siempre que
sea posible, la estética adecuada.

2.- Me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir 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.

Me ha explicado que tendré la sensación de acorchamiento del labio o de la cara, que
normalmente van a desaparecer en dos o tres horas.

También me ha explicado que 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, y que la anestesia puede provocar bajada de tensión que, en casos menos
frecuentes, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse
posteriormente, e, incluso, excepcionalmente, la muerte.

Comprendo que aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o
hipersensibilidad al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticarias, dermatitis, asma,
edema angioneurótico, que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.

3.- La intervención consiste en limpiar la cavidad de tejido enfermo y rellenarla
posteriormente para conseguir un sellado hermético, conservando el diente/molar.

4.- El Dentista me ha advertido que es frecuente que se produzca una mayor sensibilidad,
sobre todo al frío, que normalmente desaparecerá de modo espontáneo.

También me ha recomendado el Dentista que vuelva a visitarle lo más pronto posible, si
advierto signos de movilidad o alteraciones de la oclusión, pues en ese caso sería preciso

ajustar la oclusión, para aliviar el dolor y para impedir la formación de una enfermedad periodontal y/o trauma.

Comprendo que el sellado hermético puede reactivar procesos infecciosos que hagan necesaria la endodoncia y que, especialmente si la caries es profunda, el diente/molar quedará frágil y podrá ser necesario llevar a cabo otro tipo de reconstrucción o colocar una corona protésica.

También comprendo que es posible que no me encuentre satisfecho con la forma y el color del diente tras el tratamiento, porque las cualidades de las restauraciones directas nunca serán idénticas a su aspecto de diente sano.

5.- El Dentista me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.

He comprendido lo que se me ha explicado por el facultativo de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado.

Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello,

DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me practique el tratamiento de obturación.

En Granada, adede.....

Fdo. El paciente
(o su representante legal)

Fdo. El Odontólogo/Estomatólogo.
Núm. Colegiado.