

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE ORTODONCIA

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 un tratamiento
ortodóntico, con objeto de conseguir una mejor alineación de los dientes, para de esta manera
prevenir problemas posteriores, mejorando a la vez la masticación y la estética.

Para ello se emplean aparatos de ortodoncia que pueden ser removibles o fijos.

Se que es posible que los aparatos removibles se pierdan fácilmente si no están en la
boca, y que en este caso el coste de reposición correrá por mi cuenta.

El Dentista me ha explicado que los aparatos pueden producir úlceras o llagas, y que es
frecuente que con el tiempo se produzca reabsorción de las raíces, de manera que estas
queden más pequeñas, o disminución de la encía que puede requerir tratamiento posterior.

También me ha explicado el Dentista que el tratamiento puede requerir la extracción de algún
o algunos dientes sanos.

También sé que el tratamiento ortodóntico puede ser largo en el tiempo lo que no depende de
la técnica empleada ni de su correcta realización sino de factores generalmente biológicos, y
de la respuesta de mi organismo, totalmente impredecibles, y que durante todo este tiempo
deberé extremar las medidas de higiene de la boca para evitar caries y enfermedad periodontal
o piorrea.

El Dentista me ha explicado que suspenderá el tratamiento si la higiene no es la adecuada y
corre gran riesgo mi dentición de sufrir gran cantidad de caries u otros padecimientos
derivados de la escasez de higiene oral.

Asimismo me ha informado que tras la conclusión del tratamiento, se pueden producir
algunos movimientos dentarios no deseadas y que deberé acudir periódicamente para ser
revisado y en lo posible evitar recaídas y que incluso puede ser necesario la extracción de las
muelas del juicio.

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 ortodoncia.

En Granada, adede.....

Fdo. El paciente
(o su representante legal)

Fdo. El Odontólogo/Estomatólogo.
Núm. Colegiado.