

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PERIODONCIA

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  
periodontal, dándome la siguiente información:

1.- El propósito principal de la intervención es la eliminación de los factores irritativos e  
infecciosos advertidos en los tejidos de soporte de los dientes (encía, hueso alveolar,  
ligamiento periodontal, cemento radicular), para conseguir el mantenimiento de los dientes en  
tiempo, función y estética, evitando movilidad, pérdida de hueso y caída de los dientes.

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 (asfixia), que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.

3.- La intervención consiste en la eliminación de la placa y cálculo (con curetas) y a las pocas  
semanas, la operación a colgajo para eliminar las bolsas, de aumentar la encía o bien tratar los  
defectos óseos.

4.- Aunque se me han practicado los medios diagnósticos que se han estimado precisos,  
comprendo que pueden producirse procesos edematosos, hinchazón, dolor o laceraciones en  
la mucosa del labio o mejilla, o en la lengua, que no dependen de la técnica empleada ni de su  
correcta realización sino que son imprevisibles, aunque relativamente frecuentes, en cuyo

caso el facultativo tomará las medidas precisas y continuará el tratamiento. Sé que es frecuente que después del tratamiento advierta un aumento de la sensibilidad dentaria u movilidad de los dientes que normalmente desaparecerán bien espontáneamente, bien por tratamiento posterior.

También sé que va a producirse un cierto alargamiento de los dientes, mas perceptible al sonreír, como consecuencia prácticamente segura de haberse eliminado tejido enfermo.

Igualmente comprendo que el tratamiento puede extenderse incluso hasta un año o más, en cuyo transcurso deberé visitar al facultativo periódicamente, y cuidar especialmente la higiene dental mediante las técnicas que me ha indicado. Me ha explicado también pormenorizadamente la importancia del cuidado dental y el mantenimiento con visitas periódicas de sesiones de profilaxis e higiene dental, lo que debe realizarse a lo largo de toda la vida.

También comprendo que el objetivo perseguido pueda no obtenerse, total o parcialmente, con independencia de la técnica empleada y de su correcta realización, y de que sin esmerada contribución en el control de placa, mediante la higiene, los objetivos perseguidos no se pueden cumplir.

También se que va producirse un cierto alargamiento de los dientes, mas perceptible al sonreír, como consecuencia prácticamente segura de haberse eliminado tejido enfermo.

Igualmente comprendo que el tratamiento puede extenderse incluso hasta un año o más, en cuyo transcurso deberé visitar al facultativo periódicamente, y cuidar especialmente la higiene dental mediante las técnicas que me ha indicado. Me ha explicado también pormenorizadamente la importancia del cuidado dental y el mantenimiento con visitas periódicas de sesiones de profilaxis e higiene dental, lo que debe realizarse a lo largo de toda la vida.

También comprendo que el objetivo perseguido pueda no obtenerse, total o parcialmente, con independencia de la técnica empleada y de su correcta realización, y de que sin esmerada contribución en el control de placa, mediante la higiene, los objetivos perseguidos no se pueden cumplir.

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 periodoncia.

En Granada, a .....de .....de.....

Fdo. El paciente  
(o su representante legal)

Fdo. El Odontólogo/Estomatólogo.  
Núm. Colegiado.