

# Formulario modelo: Discusión y consentimiento para restauración con implante

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Nombre* *Inicial*

Me han dado esta información y formulario de consentimiento para que entienda mejor el tratamiento que me recomiendan. Antes de tomar una decisión acerca del tratamiento, deseo que me den la información suficiente para que pueda entender y tomar una decisión informada acerca del tratamiento propuesto.

Entiendo que puedo hacer **todas las preguntas** que quiera y que es mejor hacerlas antes del tratamiento en lugar de tener dudas después de que este haya comenzado.

## Características de la restauración con implante

Las restauraciones con implante reemplazan dientes que faltan. La diferencia con las restauraciones convencionales es que estas se sostienen sobre implantes dentales en lugar de hacerlo sobre dientes naturales. Los implantes dentales permiten reemplazar dientes que faltan mediante coronas, puentes fijos o dentaduras que se sostienen o retienen mediante un anclaje al implante.

Me han recomendado que me someta a la siguiente restauración con implante:

- Una sola corona sobre un implante en lugar del diente n.º \_\_\_\_\_
- Un puente fijo sobre un implante en lugar de los dientes n.º \_\_\_\_\_
- Una dentadura parcial removible anclada a un implante en lugar de los dientes n.º \_\_\_\_\_
- Una dentadura completa removible anclada a un implante en lugar de los dientes n.º \_\_\_\_\_
- Otra: \_\_\_\_\_

Por lo general, hacen falta varias visitas para completar el tratamiento de restauración con implante. Usando un material elástico, se toma una impresión (o molde) de la parte superior del implante, de los componentes asociados a la restauración y de las encías que lo rodean. Luego, un laboratorio dental hace la restauración con implante. Cuando la restauración con implante esté lista, se debe insertar lo antes posible.

Esta recomendación se basa en la revisión visual, en cualquier radiografía, modelo, foto u otro diagnóstico que se haya hecho, y en el conocimiento del dentista acerca de mis antecedentes médicos y dentales. Mis necesidades y deseos también han sido considerados.

El pronóstico o las probabilidades de que el procedimiento sea exitoso son \_\_\_\_\_. Sin embargo, entiendo que no he recibido ninguna declaración, promesa o garantía acerca del éxito de este tratamiento ni de su duración.

El costo estimado de mi restauración con implante es de \$\_\_\_\_\_ y se espera que lleve \_\_\_\_\_ visita(s) para terminarla en un periodo de \_\_\_\_\_ semanas/meses.

## Alternativas a la restauración con implante

Según el estado de mi boca y el diagnóstico actual que reciba, es posible que haya otras alternativas para el reemplazo del diente mediante implante. Entiendo que las posibles alternativas a la prótesis con implante son:

- **Reemplazo del diente o de los dientes faltantes mediante un puente fijo sostenido por un diente.** Los dientes naturales que rodean el espacio vacío se usan para sostener un puente, el cual se cementa y no se puede quitar. Para este procedimiento, se debe desgastar los dientes naturales con el torno y moldearlos de manera apropiada para que sostengan el puente fijo.
- **Reemplazo del diente o de los dientes faltantes mediante una dentadura parcial removible o una dentadura completa.** Las dentaduras parciales y completas se quitan de la boca para limpiarlas. Se sostienen sobre el hueso y los dientes restantes, y se fijan mediante los dientes que quedan, las mejillas, los labios y la lengua.
- **No hacer ningún tratamiento.** Puedo decidir no reemplazar el diente o los dientes que faltan. Si decido no hacer ningún tratamiento, mis dientes pueden moverse con el tiempo, lo cual puede causar problemas de masticación o en las encías.

\_\_\_\_\_ He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de estas alternativas y sobre cualquier otro tratamiento  
*Iniciales del paciente* que haya escuchado o considerado, incluido \_\_\_\_\_.

*continued...*

### Riesgos de la restauración con implante

Me han informado y entiendo plenamente que existen ciertos riesgos inherentes y potenciales asociados a las restauraciones con implante. Entiendo que puedo sentir dolor o malestar durante o después del tratamiento. Entiendo que la restauración con implante puede no aliviar mis síntomas o no cumplir con mis expectativas relacionadas a la comodidad, el funcionamiento o la estética. Entiendo que puedo notar algunos cambios menores en mi mordida. Entiendo que, durante el procedimiento y por varios días después de este, es posible que sienta la mandíbula dura o adolorida por haber mantenido la boca abierta.

Entiendo que existe la posibilidad de tener una infección o algún otro problema en el lugar del implante, alrededor de este o en las encías que lo rodean, y que es posible que necesite tomar antibióticos o someterme a otros procedimientos, como la cirugía periodontal (de las encías), para tratar la infección. Entiendo que esto puede suceder durante o después del tratamiento. Entiendo que las encías podrían retraerse después de terminar la restauración con implante. Entiendo que esta afección puede requerir de una cirugía periodontal (de las encías). Entiendo que los malos hábitos de alimentación, los malos hábitos orales (como fumar, mascar tabaco, comerse las uñas, etc.), una higiene oral deficiente y ciertas enfermedades o medicamentos, afectarán negativamente la duración de mi restauración con implante.

Entiendo que quizás me den anestesia tópica o una inyección de anestesia local. Si bien es poco frecuente, es posible que algunos pacientes tengan una reacción alérgica a estos medicamentos. Es posible que se presenten reacciones adversas a la anestesia, como mareos, aturdimiento o somnolencia. Póngase en contacto con el Dr. \_\_\_\_\_ si tiene sarpullido o si el adormecimiento persiste por más de algunas horas. Entiendo que, después del tratamiento, es posible que sienta malestar en la zona de la inyección y que la mandíbula se sienta dura o adolorida por la inyección de la anestesia. También comprendo que es posible que los nervios o los vasos sanguíneos resulten lesionados, de manera temporal o permanente, por la inyección. Las alteraciones de los nervios pueden incluir dolor, adormecimiento o sensaciones poco frecuentes como picazón, ardor o cosquilleo en los tejidos de los labios, la lengua, el mentón, los dientes o la boca.

Otros riesgos previsibles no mencionados arriba incluyen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre estos riesgos y sobre cualquier otro riesgo que haya escuchado o considerado, incluido \_\_\_\_\_.

*Iniciales del paciente*

*continued...*

**Confirmación**

He proporcionado mis antecedentes médicos y personales de la manera más completa y precisa posible, lo cual incluye los medicamentos que actualmente tomo (antibióticos, analgésicos y otros medicamentos, incluso de venta libre, hierbas o suplementos) y los materiales o medicamentos a los cuales tengo alergia. Seguiré todas las indicaciones del tratamiento, y posteriores a este, tal y como me las han indicado y explicado, y autorizaré los procedimientos de diagnóstico recomendados, incluidas las radiografías.

Comprendo que, a pesar de los posibles riesgos y complicaciones, el tratamiento que me han recomendado es necesario. Soy consciente de que la odontología no es una ciencia exacta y reconozco que no he recibido ninguna declaración, promesa o garantía acerca de los resultados del procedimiento.

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido información acerca del tratamiento propuesto. He hablado acerca del tratamiento con el Dr. \_\_\_\_\_ y me han dado la oportunidad de hacer preguntas y obtener respuestas satisfactorias. Comprendo las características del tratamiento recomendado, las opciones alternativas, los riesgos del tratamiento recomendado y los riesgos de rechazarlo.

**Deseo recibir el tratamiento recomendado.**

\_\_\_\_\_ Entiendo que un prostodoncista (un especialista en restauración dental) también puede hacer este  
*Iniciales del paciente* tratamiento. Entiendo los riesgos asociados a este tratamiento y elijo al Dr. \_\_\_\_\_ para que haga este procedimiento. Entiendo que, si surgen dificultades inesperadas durante el tratamiento, es posible que me deriven a un prostodoncista para un mayor cuidado restaurativo.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Paciente o tutor*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Dentista tratante*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Testigo*