

INFORMACION DE CONSENTIMIENTO IMPLANTES E IMPLANTES RESTAURATIVOS

YO ENTIENDO QUE LOS IMPLANTES Y LOS APARATOS DE PROSTODONCIA (coronas, puentes, dentaduras) puestos sobre los implantes incluyen posibles e inherentes riesgos tales como, pero no limitados a los siguientes y estoy de acuerdo en asumir cualquier y todos tales riesgos.

1. **Posibilidad de fracaso o de los implantes:** No importa que tan diligente y cuidadoso se sea en la cirugía para hacer un implante y se coloquen sus componentes, existe siempre la posibilidad de un fracaso como resultado del tejido que no reconoce al implante que es un aparato artificial como una parte fisiológica normal del cuerpo. Además no todos los tejidos del cuerpo aceptan el material del implante del cual está construido y quizás puede rechazar los componentes, infección y no cicatrización de los tejidos. En tales casos, remover el implante puede ser necesario.
2. **Longevidad de los implantes y/o prótesis que lo acompañan:** Se espera que la longevidad del implante sea positiva pero no se puede determinar potencialmente cuánto va a durar el implante, coronas, y/o puentes fijos o removibles por las diferentes variables las cuales no se pueden controlar dentro del tratamiento. Es imposible predecir exactamente la cicatrización del hueso y los tejidos después de la colocación del implante.
3. **Infección:** A pesar de los cuidados y lo estéril de la cirugía, es imposible porque el medio ambiente no es estéril la infección puede ocurrir posoperativamente. Algunas veces puede ser de naturaleza seria. Una inflamación severa ocurre, particularmente cuando esta acompañada de fiebre o malestar se debe atender lo más pronto posible. Es la responsabilidad del paciente de contactar a la oficina y dejar saber lo ocurrido. Esta infección puede necesitar que el implante o implantes se han removidos.
4. **Lesión a los nervios:** Existe la leve posibilidad de lesionar los nervios de la cara y tejidos de la cavidad oral durante la administración de los anestésicos locales o durante la colocación del implante lo cual puede producir adormecimiento de los labios, lengua, piso de la boca y/o mejillas, etc. Este adormecimiento puede ser temporal y rara vez es de naturaleza permanente.
5. **Fumar excesivamente, consume de alcohol y diabetes:** Estos factores pueden adversamente afectar el proceso de cicatrización, limitando los resultados exitosos de los implantes y su prótesis que lo acompaña.
6. **Chequeos y exanimaciones:** Es absolutamente necesario con los implantes tener chequeos regulares y exanimaciones periódicas. El paciente debe asumir la responsabilidad de hacer sus citas y reportar al dentista y sus empleados.
7. **Colocación:** Es posible que la colocación ideal del implante no es posible basado en las limitaciones anatómicas, estéticas y funcionales se pueden hacer durante el proceso de completar las restauraciones. Aun el implante colocado idealmente puede tener problemas restaurativos. Implantes integrados se pueden aflojar y fracasar años después de su colocación.
8. **Reacciones inusuales a medicamentos dados o prescritos:** Reacciones de leve a extremadamente severa pueden ocurrir de anestésicos u otros medicamentos administrados o prescritos.
9. **Riesgo a los Bisfosfonatos:** Para los pacientes que están tomando medicamentos como el Fosamax, Actonel, Boniva o cualquier otro medicamento ordenado para reducir la reabsorción de los huesos, como la Osteoporosis o para tratamientos de metástasis en cáncer de hueso hay un aumento en el riesgo de la necrosis de hueso o un fracaso en el proceso de cicatrización del hueso seguido al tratamiento de cirugía periodontal que involucre el hueso, incluyendo la colocación de implantes. Por consiguiente hay un incremento en riesgo de fracaso del implante debido al retraso o fracaso de la oseointegración o crecimiento de hueso saludable alrededor del implante
10. **Yo reconozco que es mi responsabilidad de informar a mi odontólogo de la condición de mi salud y cualquier y todos los problemas. Es también mi responsabilidad de buscar atención en cualquier circunstancia indebida que ocurra posoperativamente. Estoy de acuerdo de cumplir diligentemente con cualquiera y todas las instrucciones pre operativas y posoperativas que se me han dado. Yo reconozco que alternativas al tratamiento de los implantes se me han explicado y no obstante deseo el tratamiento con implantes para reemplazar los dientes perdidos.**

INFORMACION DE CONSENTIMIENTO: Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas concernientes a la naturaleza y propósito de los implantes y prótesis relacionados con este y he recibido respuestas a mi satisfacción. Yo asumo alguno y todos los posibles riesgos, incluyendo pero no limitados a los descritos anteriormente, incluyendo el riesgo de un daño substancial el cual puede estar asociado a una fase del tratamiento en espera de obtener los resultados deseados los cuales pueden o no ser alcanzados. **No garantías o promesas se me han dado respecto a la recuperación y resultados del tratamiento realizado.** Los precios por el servicio se me han explicado a mi satisfacción. Al firmar esta forma. Yo doy mi libre consentimiento y autorizo al Dr _____ y/o asociados a dar el tratamiento, medicamentos, anestésicos, etc. necesarios y recomendables para mi condición dental, incluyendo cualquier anestésico y medicamentos.

Nombre del paciente

Firma del paciente, Representante Legal o Guardián

Fecha

Testigo

Fecha