

INFORMACIONAL INFORMADO CONSENTO OCLUSAL SELLANTES

YO ENTIENDO que el tratamiento de dientes a través del uso de los sellantes es una medida de prevención destinada a facilitar la inhibición de caries dental (caries de dientes) en las fisuras de las oclusales superficies de los dientes. Sellantes se colocan con la intención de prevenir o demorar las restauraciones convencionales utilizadas en la restauración de dientes con coronas o re llenos después de la aparición de caries dental. Estoy de acuerdo en asumir cualquier riesgo, si las hubiere, que pueden estar asociados con la colocación de sellantes aunque se tenga el mayor cuidado y diligencia la cual será ejercida por el Dr. _____ en la prestación de este tratamiento. Los riesgos incluyen posibles resultados infructuosos y / o fracaso que están asociados, pero no limitado a los siguientes:

1. **Preparación:** Los dientes son preparados a través del uso de técnica de grabado del esmalte. Este grabado se realiza en dos formas:
 - a. Mediante el uso de una solución de ácido especial que solo graba el superficie del esmalte en la zona en la que el sellante se va a colocar y para ayudar a la retención. La solución es algo caustica y si el paciente hace cualquier movimiento rápido o interfiere con la aplicación del agente de grabado hay la posibilidad remota de que el aislamiento del campo del trabajo sea inadecuada y una pequeña cantidad de solución se disperse en áreas de los tejidos blandos de la boca y podría causar algunos quemaduras leves del tejido. Esto ocurre rara vez, pero existe la posibilidad remota. Si la solución está en contacto con las raíces puede desarrollar una sensibilidad transitoria.
 - b. A través de una técnica llamada "abrasión de aire". La abrasión del aire también graba ligeramente la superficie del esmalte en la zona en la que el sellante se va a colocar y ayuda en la retención del sellante. La abrasión del aire implica la generación de un polvillo que a veces se inhala accidentalmente y podría causar algunas molestias.
2. **Despegarse y / o desalojarse:** Existe la posibilidad de que el sellante se despegue o desaloje en un periodo de tiempo. Este tiempo es indeterminable debido a las diferentes variables incluidas pero no limitadas a lo siguiente:
 - a. Las fuerzas de masticación. Estas cambian de paciente a paciente. Las fuerzas son más grandes en un paciente que en el otro. También la forma en que ocluyen los dientes pueden afectar la vida del sellante.
 - b. El tipo de comida y otras sustancias que se ponen en la boca y son masticadas. Comida pegajosa tales como algunas clases de chicle, dulces o caramelos, sustancias duras pueden causar que se despegue o se desaloje.
 - c. Higiene oral inadecuada como un cepillado de los dientes inapropiado puede causar que se despegue con filtración alrededor o debajo del sellante causando un fracaso o permitiendo el desarrollo de caries.
3. **El diente entero no está protegido por sellantes:** Los sellantes son aplicados primariamente en las fosas y fisuras que están en la superficie oclusal de los dientes. Estas fosetas y fisuras son extremadamente susceptibles a caries y pueden ser protegidas con los sellantes los cuales sirven como un sellador. Sin embargo los sellantes no protegen las áreas entre los dientes por lo cual cepillarse y el hilo dental son esenciales en estas áreas. De lo contrario se pueden desarrollar caries en estas áreas que no están cubiertas por el sellante.
4. Yo entiendo que es mi responsabilidad el notificar a esta oficina de cualquier problema inesperado que ocurra y relacionado con el tratamiento hecho y experimentado. Examinaciones rutinarias por el odontólogo son recomendadas para revisar los sellantes y que estén en posición.

CONSENTIMIENTO DE LA INFORMACION: He tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta con respecto a la naturaleza y el propósito del tratamiento de sellantes y he recibido respuestas a mi entera satisfacción. Yo voluntariamente asumo cualquiera y todos los posibles riesgos incluyendo el riesgo de daños, si alguno estuvieran asociados con cualquier fase de este tratamiento en espera de obtener los resultados deseados los cuales pueden o no ser alcanzados. No promesas o garantías se me han sido dadas con respecto a la recuperación y resultados del tratamiento. Los honorarios por este servicio se me han sido explicados y son satisfactorios. Al firmar este consentimiento estoy dando mi permiso y autorizo al Dr. _____ y/o sus asociados a hacer el tratamiento necesario o conveniente a mis condiciones dentales incluyendo cualquiera o todas las anestésicas y/o medicamentos.

Nombre del paciente

Firma del guardián o
Representante legal

Fecha

Testigo

Fecha