

## INFORMACION DE CONSENTIMIENTO

### TERAPIA DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR (ATM)

**YO ENTIENDO** que el tratamiento de condiciones dentales pertenecientes a la ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR incluye ciertos riesgos y resultados no exitosos. Existe la posibilidad de que los problemas de ATM se vuelvan peor durante el tratamiento. El tratamiento de la articulación es el procedimiento más difícil en Odontología e imposible de predecir los resultados. Aunque se tenga un extremo cuidado y diligencia ejercida en este tratamiento dental es imposible hacer promesas o garantías del éxito del tratamiento y de los resultados deseados.

1. **Dependiendo de la severidad de la condición**, el tratamiento rendido puede variar grandemente. Criterio del método del tratamiento se le debe dar al odontólogo. No hay un método de tratamiento bueno o malo. Trabajar junto con un especialista o especialistas puede ser necesario.
2. **La disfunción de la ATM se manifiesta en diferentes síntomas tales como:** dolor y tensión en la mandíbula, cabeza y cuello; zumbido o dolor en los oídos; dolor de cabeza; ruido; restricción del movimiento de la mandíbula; etc. Los problemas resultan de: disfunción de los músculos de la mandíbula y articulación ; lesiones traumáticas a la mandíbula ;dientes perdidos o desalineados; bruxismo de los dientes o rechinamiento; estrés emocional; etc. El tratamiento puede ser simple como nivelar la mordida atreves de un ajuste oclusal de los dientes. Este tratamiento puede causar sensibilidad en los dientes lo cual necesitara un procedimiento adicional a realizar.
3. **Una evaluación exhaustiva y diagnostico**, lo cual puede incluir radiografías extra-orales e intra-orales, además cefalometrías, tomografías, modelos de estudio, medidas del surco periodontal, y un intenso examen es esencial para ayudar en el modo del tratamiento a seguir.
4. **Fijaciones/Planos de mordida** pueden ser necesarios para poder alcanzar los resultados deseados. Estos usualmente hechos de materiales plásticos y son usados por el paciente por varios periodos de tiempo como se le indica por el odontólogo. El propósito de esta clase de aparato es posicionar la mandíbula en un sitio cómodo y si esta se puede determinar, un modo de tratamiento se puede seguir. Esto puede incluir corona, puentes, incrustaciones u otras prótesis. Puede ser necesario el recomendar ortodoncia y/o un tratamiento quirúrgico. Es importante seguir las instrucciones de la fijación y ser examinado regularmente. Un inesperado desgaste de la fijación puede causar un movimiento de los dientes y mordida lo cual puede ser perjudicial y puede requerir una reconstrucción extensiva para corregirlo.
5. **Incomodidad y/o dolor** puede ser experimentado a medida de que el tratamiento progresa en el intento de alcanzar los resultados deseados y satisfactorios. El dolor e incomodidad van desde los músculos de la boca hasta parestesia de labios, mandíbula, lengua, dientes, y/o tejidos faciales, la parestesia es temporal pero en raras ocasiones puede ser permanente.
6. **Tener la asistencia de un especialista puede ser necesario en el diagnostico y/o tratamiento.** Para poder atender pacientes con problemas de ATM minuciosamente es necesario tener interconsultas con un ortodoncista, prostodoncista, periodoncista, cirujano oral, Endodoncista, siquiátras, sicólogos, etc. en el intento de alcanzar los resultados deseados. Esto no se pude ver aparente hasta algún tiempo mas tarde en el curso del tratamiento. En la mayoría de los casos involucrar otros profesionales ayuda, lo cual va a necesitar costos adicionales durante el tratamiento.
7. **Es la responsabilidad del paciente de buscar atención inmediata si alguna circunstancia inesperada o problema ocurre y de notificar a esta oficina si el tratamiento no se puede continuar en el tiempo indicado o si no puede asistir a las citas. La cooperación del paciente es absolutamente necesaria y mandatoria durante el tratamiento.**

INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la naturaleza y propósito del tratamiento de la articulación temporomandibular (ATM) se me ha respondido satisfactoriamente. Voluntariamente me hago responsable por cualquier y todos los posibles riesgos, incluyendo pero no limitados a los listados anteriormente, incluyendo daño substancial (si estos existen) que sean asociados con cualquiera de la etapas de este tratamiento en espera de obtener los resultados deseados los cuales pueden o no ser alcanzados. No se me ha hecho ninguna promesa con respecto al progreso de los resultados del tratamiento. Los costos por este servicio se me han explicado a mi satisfacción. Al firmar este documento, doy mi libre consentimiento para que el Dr. \_\_\_\_\_ y/o sus asociados me provean con los tratamientos necesarios y recomendables para mi condición dental, incluyendo cualquiera y todos los anestésicos y/o medicamentos

Nombre del paciente

Firma del paciente,  
Guardián legal o Representante Autorizado

Fecha

Testigo

Fecha