

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE ORTODONCIA

Don

de años de edad, con D.N.I. nº

con domicilio en

en calidad de

de

DECLARO:

Que el doctor Jesús Asensio Rodríguez, colegiado nº 28006956

Me ha explicado que es preciso proceder a tratamiento ortodóncico, que tiene por objeto conseguir una alineación correcta de los dientes para impedir posteriores problemas, obtener una correcta función masticatoria y el mejoramiento estético, lo que se obtiene mediante la colocación de aparatos o bandas removibles o fijas.

Sé que es posible que las placas removibles se pierdan fácilmente y que en este caso el coste de la repetición correrá por mi cuenta. También sé que las bandas fijas pueden producir llagas y puede ser que se produzca con el tiempo la reabsorción de alguna raíz o la disminución de la encía, que deberá ser objeto de tratamiento posterior si eso ocurriese.

El facultativo me ha explicado que el tratamiento correcto puede implicar la necesidad de extraer algún diente sano.

También sé que el tratamiento ortodóncico puede ser largo en el tiempo, lo que no depende de la técnica empleada ni de su correcta realización, sino de factores generalmente biológicos o de respuesta de mi organismo, totalmente impredecibles, y que durante todo ese tiempo deberé extremar las medidas de higiene para evitar la mayor exposición a enfermedad periodontal y a la caries.

Sé también que al finalizar el tratamiento activo será preciso pasar a una fase de retención con citas periódicas para evitar recaídas y que incluso podrá ser necesaria la extracción de las muelas del juicio.

He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Las fotos que se me realicen antes, después y durante el tratamiento pueden ser utilizadas para explicaciones a otros pacientes y para uso científico, pero siempre que se muestre una foto facial, se difuminará la zona de los ojos, para que así el paciente no sea reconocido.

También comprendo que en cualquier momento, y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.