

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ORTODONCIA PEDIÁTRICA

### DECLARO:

Que el Doctor me ha explicado la importancia que para el desarrollo general y orofacial tiene la conservación de los dientes temporales y su control evolutivo hasta el desarrollo de los dientes permanentes. Y que en consecuencia es conveniente proceder, en la situación de mi hijo/a, al tratamiento de ODONTOPEDIATRIA.

1. El propósito del tratamiento es restaurar los dientes dañados por caries y/o traumatismos, y corregir aquellas alteraciones derivadas de una mala relación dentaria que requieren ser tratadas a edad temprana.

2. La intervención puede precisar de anestesia local, de cuyos riesgos también se me ha informado, así como de la vigilancia que debo mantener mientras dure el efecto anestésico para prevenir mordeduras accidentales en la zona insensible.

3. La intervención consiste en la realización de técnicas de extracción o conservadoras que faciliten el desarrollo de la dentición permanente de una forma adecuada y correcta.

4. El/la odontólogo/a estomatólogo/a me ha razonado que pueden ser necesarios unos registros: radiografías, modelos, fotos, para la planificación del tratamiento, en cuya obtención también consiento.

Me ha advertido también de la necesaria colaboración del niño, especificándome el uso, en ocasiones, de ciertos procedimientos que buscan controlar su comportamiento para que el tratamiento pueda ser realizado. Tras sus informaciones he tenido la oportunidad de aclarar todas mis dudas al respecto.

Me ha explicado, además, los tratamientos que para conservar los dientes han de llevarse a cabo, algunos de los tratamientos alternativos y el pronóstico y los riesgos que entrañan.

Igualmente, he comprendido que en algunos casos en que ya no es posible la conservación de un diente temporal y es inevitable su extracción, puede ser necesaria la colocación de algún dispositivo para facilitar el desarrollo ulterior del diente permanente. En tales casos me ha indicado los cuidados que requieren, los controles periódicos necesarios y los motivos que obligarían a una revisión inmediata del mismo.

He sabido la importancia que en el desarrollo de la futura dentición tiene el correcto alineamiento de los dientes temporales y cómo ciertos hábitos y malposiciones dentarias que lo alteran requieren un tratamiento correctivo precoz. Me ha explicado las formas en que dicha corrección puede llevarse a cabo, las consecuencias de no hacerlo y la importancia de mi responsabilidad en conseguirlo.

El odontólogo me ha dado instrucciones concretas para el mantenimiento de la salud bucal del niño y mis responsabilidades en las tareas necesarias para llevarlo a cabo, así como la necesidad de controles periódicos.

5. El/la odontólogo/a estomatólogo/a me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que por la situación actual de mi hijo/a ( diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, obesidad ) pueden aumentar riesgos y complicaciones como:

He comprendido las explicaciones que se 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.

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, y en tales condiciones,

**CONSIENTO**