

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO DE ORTODONCIA INVISIBLE



El presente consentimiento informado ha sido elaborado por el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de A Coruña - ICOEC - con el objetivo de garantizar que usted ha sido informad@ de todas las complicaciones y alternativas terapéuticas del presente tratamiento y como garantía de una atención clínica de calidad.



Los profesionales sanitarios y el personal de esta clínica se compromete a informarle de todas las posibles modificaciones de la planificación inicial del tratamiento, cumpliendo así con los criterios éticos de nuestro código profesional.

El código ético de este odontólogos y estomatólogos está disponible en la página web de este colegio profesional: www.icoec.es

Al tiempo que nuestra clínica y usted nos vinculamos a través de este consentimiento informado, usted se compromete a realizar las revisiones y el mantenimiento específico e indicado para cada uno de los tratamientos. Recuerde que este mantenimiento es esencial para prolongar y asegurar la duración y calidad de nuestros tratamientos.



Datos / sello de la clínica dental

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO DE ORTODONCIA INVISIBLE



Clínica

Dr./Dra.

Colegiado nº

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO DE ORTODONCIA

D.....

mayor de edad con DNI nº

D.....

En calidad de padre, madre, tutor o representante legal con DNI nº

Declaro que:

He sido informado de que el objetivo del **tratamiento de Ortodoncia** es mejorar la salud de mi boca al conseguir un alineación adecuada de los dientes así como una relación intermaxilar que propicie una oclusión normal, además de mejorar la apariencia estética de la sonrisa.

He sido informado de que el tratamiento de Ortodoncia es **a veces impredecible** y que por tanto pueden existir modificaciones importantes con respecto a la planificación inicial.

Que antes de iniciar dicho tratamiento he sido informado de que existe el **riesgo de sensibilidad dentaria** debido a las fuerzas ejercidas sobre los dientes o maxilares, así como irritación de encías, labios, mejillas y lengua, generalmente en la fase inicial.

Existe la posibilidad de que se produzcan **reabsorciones radiculares** de uno o varios dientes sometidos a fuerzas de ortodoncia. Este fenómeno es infrecuente y de origen desconocido, y en muchas ocasiones exige un nuevo planteamiento terapéutico.

Durante el tratamiento debo de extremar las **medidas de higiene oral**, ya que la aparatología podría aumentar la aparición de manchas blancas permanentes (descalcificaciones), caries dental, gingivitis o incluso periodontitis

Debido al **proceso de desarrollo óseo y de la erupción dentaria**, el tratamiento podría alargarse más tiempo del planificado. Además, es relativamente frecuente que durante el curso del tratamiento se produzcan despegamientos o roturas de los aparatos utilizados, que exigen una consulta inmediata con el ortodontista

Tras finalizar el tratamiento es necesario utilizar algún sistema de retención para evitar modificaciones posteriores de la posición de los dientes. Esta fase de retención también precisa revisiones así como el mantenimiento escrupuloso de la higiene oral.

Declaro haber comunicado a este Centro de Odontología, la totalidad de mis datos clínicos, y al tiempo, que he sido informado y conozco, todos los medios de prevención, que se han puesto a mi disposición, para garantizar mi Bioseguridad.

He sido informado de que la técnica con alineadores solo puede ser indicada y planificada por un odontólogo, siendo este el único responsable de su diagnóstico, colocación en boca y control periódico.

Autorizo al Director sanitario de este centro a transmitir por vía telemática mis datos clínicos, así como mis registros clínicos a la empresa encargada de fabricar los alineadores ya se encuentre en territorio nacional o el extranjero, y no pudiendo ser empleados por ningún otro motivo, salvo autorización expresa.

En a de..... de

Paciente e o representante legal

Profesional..... N° Colegiado



INFORME DE ALTA TRATAMIENTO DE ORTODONCIA INVISIBLE

Datos personales

| | | |
|----------|-----------|------|
| Nombre | Apellidos | |
| D.N.I. | Dirección | C.P. |
| Teléfono | Email | |

Diagnóstico y pruebas complementarias

Diagnóstico inicial

Pruebas complementarias realizadas

Tratamientos realizados y estado actual

Tratamientos realizados

Estado actual

Recomendaciones – Mantenimiento – Fármacos necesarios

Recomendaciones - Mantenimiento

Paciente o representante legal

Profesional Colegiado N°

.....

.....