



CONSENTIMIENTO INFORMADO IMPLANTES Y REGENERACIÓN
A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-005 V1 21-01-2022

Yo, _____, identificado con _____, autorizo a CENTRO DE CIRUGIA MINIMA INVASIVA S.A.S. - CECIMIN S.A.S. y al equipo médico que éste disponga para realizar en mi o en el (la) paciente _____, con _____ el siguiente procedimiento de IMPLANTE DENTAL: este es la colocación de implante zona edéntula del _____ más elevación de seno maxilar, injerto óseo y posible colocación de membrana y aquellos procedimientos adicionales que el profesional tratante considere necesarios para el desarrollo de las situaciones imprevistas que se presenten en el curso del tratamiento.

El (La) Dr.(a). _____ me ha explicado en forma suficiente y adecuada en qué consiste el procedimiento de implante dental y me ha indicado así mismo, cuáles son los beneficios, alternativas, riesgos y posibles complicaciones o molestias que pueden presentarse, siendo las más comunes y frecuentes, pero no las únicas, las siguientes:

- Dolor postoperatorio.
- Sangrado.
- Infección o absceso que puede requerir tratamiento o drenaje
- Inflamación temporal de la cara.
- Reacciones alérgicas a medicamentos y/o analgésicos.
- Cambios en las sensaciones o entumecimiento de los labios, barbilla, encías y/o lengua, que pueden ser temporales o permanentes.
- Comunicaciones entre la cavidad bucal y los senos maxilares que pueden generar infección y que, en caso de persistir, requiere la toma de otras medidas quirúrgicas necesarias para remediarla.
- Lesiones en los dientes vecinos.
- Trastornos en la articulación temporomandibular.
- Cicatrización deficiente que puede traducirse en la pérdida del implante.
- Después de realizado el procedimiento, separación o falla del implante o de la corona unida al mismo, lo que puede exigir medidas adicionales como el retiro quirúrgico del implante y si es necesario, la realización de la cirugía correctiva.
- Hematomas faciales temporales.
- Otras tales como: pérdida total o parcial de la sensibilidad en la zona superior, enfermedad periodontal, avulsión o luxación de dientes vecinos, comunicación oroantral y / o comunicación oronasal, desplazamiento de raíces, el implante o alguno de sus aditamentos al seno maxilar u otras localizaciones pérdida total o parcial del injerto óseo, perdida del implante, trismus (limitación en apertura), fracturas indeseadas, imposibilidad de colocación del implante y/o del injerto, perforación de membrana de seno maxilar que impida colocación de implante, abrasión de comisuras labiales, entre otras propias del procedimiento _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO IMPLANTES Y REGENERACIÓN
A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-005 V1 21-01-2022

Se me han explicado cuales son los beneficios y posibles alternativas del procedimiento, siendo las siguiente:

Además, se me ha informado que el consumo de tabaco y/o alcohol pueden afectar la cicatrización de las encías y limitar el éxito del implante.

Adicionalmente el profesional me ha explicado y autorizo el uso de la Cápsula para control de aerosoles como medida implementada para la atención segura en la consulta odontológica y como complemento a los elementos de protección personal establecidos y que actúa como dispositivo de barrera para el control de aerosoles, partículas y microgotas, generados durante los procedimientos odontológicos.

Manifiesto que he comprendido y que soy consciente de mi responsabilidad de acatar las indicaciones del cuidado del implante, de no manejar vehículos, equipos o aparatos peligrosos al menos durante las 24 horas siguientes al procedimiento, y de no haber recibido garantías del éxito de mi cirugía de implante y del correspondiente tratamiento y/o procedimientos

Finalmente declaro que he recibido y comprendido la información brindada sobre este procedimiento, su naturaleza y propósito; que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente; que todos los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma, y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

El suscrito _____ deja constancia que ha explicado la naturaleza, propósito, ventajas, beneficios, alternativas, riesgos y posibles complicaciones del tratamiento señalado y que han respondido todas las preguntas formuladas por el paciente o la persona responsable de éste.

FIRMA DEL PROFESIONAL Y NÚMERO DEL REGISTRO _____

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE* _____

Tipo: _____ No. _____ TEST