

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS
RESTAURADORES Y PROSTODÓNTICOS**
CHC CLÍNICA DENTAL

Dirección: Carrer de la Foneria 24, 08038, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Completo: M^a LUZ GARCIA

Fecha de Nacimiento: 18/05/1950

DNI/Pasaporte:

Procedimiento Planificado:

Fecha del Procedimiento:

Nombre del Contacto de Emergencia:

Teléfono del Contacto de Emergencia:

Nombre del Doctor Responsable:

1. INTRODUCCIÓN

Este documento constituye un consentimiento informado para tratamientos restauradores y prostodónticos, como restauraciones con resinas compuestas, incrustaciones, coronas, puentes, prótesis removibles y sobre implantes. Su finalidad es brindarle información clara sobre el procedimiento, riesgos, beneficios y alternativas.

Al firmarlo, usted reconoce haber comprendido la información y otorga su consentimiento de manera informada. Si el paciente no puede otorgarlo por sí mismo, lo hará su representante legal.

Se informa que el tratamiento puede variar en número de sesiones o requerir ajustes según la evolución clínica del caso.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Estos tratamientos tienen como objetivo restaurar la función y estética dental mediante materiales y prótesis personalizadas.

Procedimientos posibles:

- Restauraciones con resina compuesta
- Incrustaciones
- Coronas
- Puentes

- Prótesis removibles
- Prótesis sobre implantes
- Carillas dentales

Pueden requerirse múltiples sesiones, anestesia local, y toma de impresiones digitales o convencionales.

3. RIESGOS Y COMPLICACIONES POTENCIALES

Aunque generalmente seguros, estos procedimientos pueden implicar:

- Sensibilidad dental temporal o prolongada
- Fractura o desprendimiento de la restauración/prótesis
- Molestias en la mordida
- Irritación de tejidos blandos
- Fracaso por factores biomecánicos o biológicos
- Caries secundaria por sellado deficiente
- Cambios en la estructura ósea o necesidad de ajustes
- Dificultad en adaptación a prótesis removibles

Seguir las recomendaciones del odontólogo reduce estos riesgos.

4. OPCIONES DE TRATAMIENTO ALTERNATIVAS

Las posibles alternativas incluyen:

- No realizar el tratamiento
- Uso de otras técnicas o materiales
- Extracción dental
- Prótesis removibles en lugar de fijas

Consulte con su odontólogo para valorar cuál es la mejor opción en su caso.

5. CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Para garantizar el éxito del tratamiento, siga estas recomendaciones:

- Higiene oral rigurosa (mínimo tres veces al día)
- Evitar alimentos duros o pegajosos
- Acudir a revisiones periódicas
- Usar férula si presenta bruxismo
- Evitar alimentos o bebidas que manchen
- Seguir instrucciones específicas de su odontólogo

El no cumplimiento de estas pautas puede comprometer los resultados.

6. DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

(Completar si el paciente no puede firmar por sí mismo)

Nombre del Representante Legal:

Parentesco con el paciente:

Firma: _____

Fecha: 28/05/2025

Firma del Doctor Responsable

Nombre Completo:

Firma: _____

Fecha: 28/05/2025

Este documento constituye un acuerdo legal entre el paciente y CHC Clínica Dental. Se recomienda conservar una copia.