

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS PERIODONTALES

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 procedimientos periodontales, incluyendo limpiezas profesionales, raspado y alisado radicular, y cirugías. Su propósito es brindarle información clara sobre el tratamiento, sus beneficios, riesgos y alternativas.

Al firmarlo, usted reconoce haber comprendido la información proporcionada y toma una decisión informada. Si el paciente es menor de edad o no puede firmar por sí mismo, lo hará su representante legal.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Los tratamientos periodontales buscan eliminar placa y sarro acumulados y controlar la enfermedad de las encías.

Procedimientos posibles:

- Limpieza profesional (profilaxis)
- Raspado y alisado radicular
- Cirugía periodontal
- Mantenimiento periodontal

Se puede utilizar anestesia local para minimizar el dolor, y se darán instrucciones específicas tras el procedimiento.

3. RIESGOS Y COMPLICACIONES POTENCIALES

Aunque estos tratamientos son generalmente seguros, pueden conllevar riesgos como:

- Sensibilidad dental
- Sangrado o inflamación
- Recesión gingival
- Infección (en procedimientos quirúrgicos)
- Reacciones a la anestesia
- Necesidad de tratamientos adicionales

Seguir las indicaciones del odontólogo es esencial para reducir estos riesgos.

4. OPCIONES DE TRATAMIENTO ALTERNATIVAS

Algunas alternativas incluyen:

- **Terapia con antibióticos o antimicrobianos**
- **Extracción dental**
- **No recibir tratamiento**

Es importante discutir estas opciones con el odontólogo para tomar una decisión adecuada.

5. CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Para garantizar una recuperación adecuada, siga estas recomendaciones:

- Mantener higiene oral rigurosa
- Usar colutorios según indicación

- Evitar tabaco y alcohol
- Seguir dieta blanda si es necesario
- Asistir a revisiones programadas
- Avisar ante síntomas anormales

No seguir estas pautas puede afectar negativamente los resultados del tratamiento.

6. DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

(Completar si el paciente es menor o necesita representación legal)

Nombre del Representante Legal:

Parentesco con el Paciente:

Firma: _____

Fecha: 27/05/2025

Firma del Doctor Responsable

Nombre Completo:

Firma: _____

Fecha: 27/05/2025

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