**CONSENTIMIENTO QUIRURGICO INFORMADO PARA TRATAMIENTO**

**DE PACIENTES MEDIANTE IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS**

**CIRUGIA ORAL Y REHABILITACION SOBRE IMPLANTES**

Por la presente mi persona\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con CI o pasaporte numero\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emitido en la ciudad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en mi condición de PACIENTE mayor de edad y hábil por derecho declaro haber sido informado de los beneficios y riesgos que conlleva los tratamientos de implantologia oral por lo que me someto al presente consentimiento quirúrgico mismo que fue elaborado por un ente especializado en el área como lo es la Sociedad Boliviana De Implantologia Oral basado en sus estatutos y avalado mediante la personería jurídica numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de uso único para los socios activos de la S.B.I.O y Que podrá ser elevado como instrumento público a solo reconocimiento de firmas y rubricas haciendo hincapié que al haber leído detalladamente y estando de acuerdo con el mismo firmo al pie de la presente dando fe del mismo y adjunto una fotocopia de mi documento de identidad firmada de forma voluntaria sin que nadie me hubiese obligado y procedimiento que realizo antes del inicio de mi tratamiento haciendo que el presente documento legal tenga validez ante instancias jurisdiccionales dentro del estado plurinacional de Bolivia pudieran establecer.

Por otra parte mi persona \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con CI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emitido en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del estado plurinacional de Bolivia en mi condición de ODONTOLOGO Como Profesional en el área de implantologia oral avalado como miembro activo de la Sociedad Boliviana de Implantologia Oral bajo matricula numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ soy consciente de mis conocimientos y experiencia en el área con más de \_\_\_\_\_\_\_\_ años en el ejercicio de la misma siendo consciente de haber informado de todos los beneficios y riesgos que conllevan dichos tratamientos al paciente por lo que de igual manera firmo al pie de la presente adjuntando una copia de identidad firmada sin haber en ningún momento forzado al paciente a realizarse dichos tratamientos y reconociendo que los mismos serán llevados a cabo en la clínica o consultorio denominado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ubicado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cuyo inicio inicio será en fecha\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del 20\_\_\_\_.

Para tales efectos se detallan a continuación las siguientes clausulas:

Declaro que fui informado y comprendí el propósito y la naturaleza de los procedimientos quirúrgicos y clínicos al que seré sometido sabiendo lo que será necesario realizar para que el resultado de mi tratamiento sea el esperado, dando desde ya plena autorización a mi odontólogo identificado anteriormente para hacer las indagaciones necesarias a bien de conseguir un buen diagnóstico y lo autorizo a ejecutar tratamientos, cirugías, anestesias y otras conductas odontológicas que mi caso lo ameriten.

El Odontólogo al cual reconozco como profesional de mi confianza, realizo una completa y cuidadosa consulta clínica odontológica y una anamnesis exhaustiva habiéndoseme informado de los diferentes posibles medios de rehabilitación habiéndoseme propuesto varias alternativas para la resolución de mi caso, trate y considere estos otros métodos de tratamientos pero opte ****por realizar el procedimiento quirúrgico propuesto pese a las distintas dificultades o complicaciones que pudieran existir mismas que también se me fueron informadas.

A pesar de que sé que el tratamiento que me realizare es un procedimiento bastante seguro, fui debidamente informado de los posibles riesgos y complicaciones que este pudiera traer con el como la necesidad de requerir otras cirugías, el uso de medicamentos, anestesias, así como el tiempo necesario para su conclusión. Se también que las complicaciones son semejantes a las que ocurren en otros procedimientos quirúrgicos incluyendo dolor, hinchazón, hemorragias, hematomas, a veces infecciones, y adormecimiento de labios lengua y mentón (parestesias) etc.

Al haber sido informado de la necesidad de extraer algunas piezas dentales detalladas en mi historia clínica para la realización de procedimientos quirúrgicos mediante implantes dentales autorizo a mi odontólogo la realización de dichos procedimientos quien podrá realizar desde extracciones simples hasta extracción de dientes o molares retenidos en mi persona.

Al elegir a mi odontólogo como profesional para la realización de la cirugía de implantes dentales y haber acudido a otros odontólogos para su rehabilitación o controles libero al mismo de cualquier imprevisto futuro que pudiese ocurrir con los mismos estando en la obligación de informar al mismo de estos hechos para la resolución de mi caso en caso de retornar a este para el retratamiento.

Fui informado y entiendo que los implantes necesitan de un mantenimiento periódico que consiste en limpiezas dentales periódicas, recambios de tornillos, recambio de coronas e incluso algunas veces tratamientos quirúrgicos adicionales por lo que me comprometo responsablemente a acceder a los mismos.

Entiendo que los implantes dentales si bien se caracterizan por una larga durabilidad estos no son eternos y su perdida se deberá a múltiples factores que también se me fueron informados. Por lo que en caso de pérdida de un implante libero de responsabilidad a mi odontólogo y lo autorizo a proceder de la mejor manera que mi caso lo amerite habiendo sido informado y estando consciente del tiempo y costos que esto conllevaría.

También se me fue informado de los posibles danos o desgastes que pudieran ocurrir en la estructura de los implantes tornillos u otros sistemas de conexión mismos que en algunos casos podrían requerir hechos por los que incluso en algunos casos es necesario la extracción de implantes siendo consciente que esto nunca será culpa o responsabilidad de mi odontólogo.

Entiendo también que actualmente existe un sinnúmero de materiales en implantologia oral en el mercado y soy consciente también que se me informo de cuales serían usados para la resolución de mi caso mismos con los que estoy de acuerdo en su uso en mi persona y al haber indagado sobre estos cualquier incidente en el futuro que suceda con los mismos no serán de ninguna responsabilidad de mi odontólogo.

Entiendo también que la pérdida de un implante dentro de los primeros seis meses puede deberse a diversas causas y que al no ser culpa directa de mi odontólogo este podrá realizar la reposición del mismo o mediante otro medio de rehabilitación considerando este en un monto no mayor al 50% de lo ya pagado debiendo mi persona hacerse responsable del otro 50%

Entiendo también que la movilidad o pérdida de un implante en los años posteriores podría deberse a múltiples factores y que en ningún momento serán culpa directa de mi odontólogo por lo que en caso de que esto ocurriese los costos de reposición de los mismos considerando los hechos correrían por mi cuenta.

****Fui informado y entiendo que por la pérdida o defectos óseos de cada paciente con el fin de reponer las piezas dentales los implantes podrán ser colocados en posiciones no habituales y que estos hechos también pueden conllevar a rehabilitaciones imperfectas pudiendo también ocasionar perdida de encía en ciertas ocasiones pudiendo existir la posibilidad de existir defectos estéticos pudiendo también requerir en algunos casos la realización de nuevos tratamientos quirúrgicos para su resolución o pudiendo estos quedarse así sin que exista una responsabilidad directa de mi odontólogo.

Se me dio también la opción de realizar la cirugía de implantes mediante narco sedación o anestesia general para lo cual en caso de ser necesaria acudiré al anestesista general de confianza de mi odontólogo o de mi confianza para la realización de este tratamiento previamente a bien de que se me realicen todos los exámenes necesarios de rutina debiendo informar al mismo de cualquier patología sistémica y dejando como entero responsable de este procedimiento liberando así de cualquier responsabilidad a mi odontólogo.

Mi cirujano dentista dejo bien claro que no existe un método de prevención preciso para la conclusión del tratamiento y que la capacidad de cicatrización de tejidos depende de cada paciente por lo que me comprometo a seguir minuciosamente sus recomendaciones.

Se me explico que en algunas circunstancias los resultados pueden generar hechos complicados fui informado y comprendí que la practica odontológica no es una ciencia exacta por lo que no se podrá garantizar ningún tratamiento

Entiendo que el cigarrillo el alcohol, la ingesta de ciertos medicamentos o enfermedades sistémicas como la diabetes o factores hormonales podrían afectar la cicatrización limitando el éxito del tratamiento por lo que me comprometo a seguir los cuidados y recomendaciones del odontólogo tratante y me hago responsable de retornar periódicamente como lo establece el cirujano dentista a los controles correspondientes además de informar de inmediato a mi odontólogo tratante cualquier circunstancia nueva referente a mi tratamiento antes de recurrir a otros consultorios

Afirmo haber realizado un relato verídico de mi historia de salud física y mental sin haber omitido ningún patología que me aqueje como ser enfermedades sistémicas, reacciones alérgicas o cualquier otro tipo de medicamento, la ingesta de medicamentos, alteraciones sanguíneas u hormonales, hábitos, u otras condiciones relacionadas con mi salud que pudiesen afectar mi tratamiento.

Fui informado y tengo claro que mi odontólogo se encuentra en la lista de socios activos de la sociedad Boliviana de Implantologia oral hecho por el que sé que el mismo se encuentra avalado por dicha sociedad y el colegio de odontólogos para el ejercicio de la profesión ya que se me mostro dicha lista por lo que en ningún momento objetare o dudare del profesionalismo de mi odontólogo tratante dejando esto a la supervisión directa de la sociedad boliviana de implantologia oral y en caso de que mi odontólogo tratante no se encuentre en la lista de socios activos de la S.B.I.O La Paz este documento no tendrá ninguna validez. [www.sbiolapaz.com](http://www.sbiolapaz.com) este consentimiento tendrá validez y podrá ser usado en cualquier departamento del estado plurinacional de Bolivia

Permito la ejecución de fotografías, filmaciones, radiografías y procedimientos necesarios para la resolución e historial de mi caso.

****En caso de complicaciones y de ser necesario autorizo la interconsulta con profesionales de confianza de mi odontólogo tratante para la resolución de mi caso.

Apruebo también la modificación en el plan de tratamiento si esto fuera para mi beneficio siempre y cuando sea informado del mismo antes de su realización.

Entrego toda mi confianza a mi odontólogo comprometiéndome a no interrumpir el tratamiento ni acudir a otro odontólogo a que lo culmine mientras dure el proceso liberando de cualquier responsabilidad al mismo en caso de hacerlo.

Soy consciente que mi único propósito para acudir al odontólogo es mi salud bucal por lo que en ningún momento hare uso de sus buenos oficios para sacar algún provecho económico

Declaro que no omití nada en relación a mi salud y que fui informado de todos los puntos de este documento antes de firmar el presente documento y solicito que la presente declaración pase a ser parte de mi historia clínico pudiendo mi odontólogo utilizarlo en cualquier momento en el amparo y en la defensa de sus derechos como instrumento médico legal.

Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SR/SRA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CI /PASAPORTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MAT COL.OD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NACIONALIDAD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MAT S.B.I.O\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PACIENTE

ODONTOLOGO TRATANTE

SR/SRA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CI/PASAPORTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NACIONALIDAD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TUTOR DEL PACIENTE (EN CASO DE SER MENOR DE EDAD)