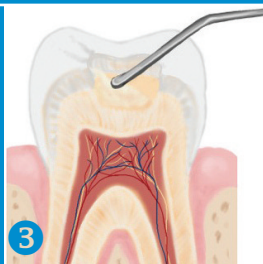
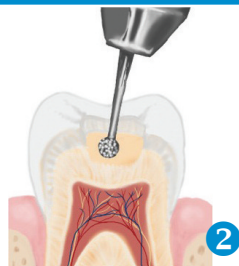


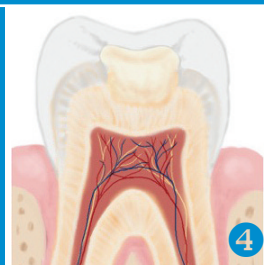
Los dientes pueden estar afectados por caries en diversas localizaciones. La caries es una desmineralización por acción de las bacterias que reblandece los tejidos duros del diente. Las lesiones de caries pueden presentar un aspecto negro, pardo, amarillento o incluso blanquecino. Algunas de ellas sólo pueden detectarse con la realización de radiografías.

Para eliminar la lesión de caries es necesaria la eliminación de la parte del diente que está afectada mediante el uso de instrumentos rotatorios o manuales. Una vez terminado este paso el resultado es una cavidad en el diente que se encuentra rodeada de tejido dental sano.



A continuación se procede a obturar o rellenar esa cavidad con el material que el odontólogo estime indicado. El objetivo de dicha obturación es recomponer la forma, función y estética del diente, así como conseguir el sellado de la cavidad.

Por último, puede ser necesario corregir la forma y altura de la obturación, para que el paciente esté cómodo al masticar, así como pulir su superficie con el fin de dejarla suave y lisa.



coem 
Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y
Estomatólogos de la 1ª Región

C/ Mauricio Legendre 38, 28046 Madrid - Tel. 91 561 29 05 / Fax: 91 563 28 30
www.coem.org.es @dentistasCOEM



CONSENTIMIENTO INFORMADO OBTURACIÓN DENTAL

Clínica dental:

Dr./Dra.:

Colegiado nº

coem 
Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y
Estomatólogos de la 1ª Región

CONSENTIMIENTO INFORMADO OBTURACIÓN DENTAL

Yo,,

mayor de edad y con DNI nº

En caso de paciente menor de edad, impedido o incapacitado

Yo,, con DNI nº

en calidad de padre, madre, tutor/a o representante legal del paciente.

DECLARO:

- Que se me ha explicado que es necesario que se me realice una obturación o empaste en uno o más dientes.
- Que antes de iniciar dicho tratamiento he sido informado/a de que:
 - ⇒ Los objetivos de la obturación son eliminar el tejido enfermo del diente y rellenarlo posteriormente para conseguir un sellado hermético, devolviendo la función y estética a la pieza dental.
 - ⇒ El procedimiento requiere la aplicación de anestesia local, lo que provocará una sensación de acorchamiento del labio o de la cara que desaparecerá al cabo de unas horas. También, que la administración de la anestesia podría producir ulceración y/o hematoma del tejido, dolor y, en raras ocasiones, pérdida de la sensibilidad en la boca o en la cara. Asimismo, puede provocar bajada de tensión y mareo.
 - ⇒ Es frecuente que, como efecto postoperatorio, el diente tratado presente durante unos días una mayor sensibilidad, sobre todo al frío, así como leves molestias al masticar. Si estas molestias persisten más tiempo debo regresar a la consulta para una revisión.
 - ⇒ A pesar de que los materiales con los que se restaure mi diente imitan la apariencia del mismo, es posible que no me encuentre satisfecho/a estéticamente, porque las cualidades de la obturación nunca serán idénticas a las del diente sano.
 - ⇒ Si la caries fuera muy profunda, podría producirse un daño en la pulpa dental (nervio), lo que conllevaría la necesidad de realizar una endodoncia. En este caso, la restauración posterior del diente probablemente será más compleja, pudiendo necesitar incluso la colocación de una corona.

DECLARACIONES Y FIRMAS

PACIENTE

D. / Dª con DNI

declaro que el/la facultativo/a, Dr/Dra,

me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **doy mi consentimiento** para que me realicen dicha exploración/intervención. He recibido copia del presente documento.

Sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

En a de de 20

Firmado, el/la paciente

REPRESENTANTE LEGAL

D. / Dª con DNI

y domicilio en calle nº

declaro que el/la facultativo/a, Dr/Dra,

me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para la situación clínica actual del paciente y las consecuencias previsibles de su no realización.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **doy mi consentimiento** para que realicen al paciente D./Dª dicha exploración/intervención. He recibido copia del presente documento.

En a de de 20

Firmado, el/la representante

FACULTATIVO

Dr/Dra.

He informado a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica. Asimismo, se le preguntó sobre posibles alergias, la existencia de otras enfermedades o cualquier otra circunstancia patológica personal que pudiera condicionar la realización de la exploración/intervención. Se incorpora este documento a la historia clínica del paciente.

En a de de 20

Firma, nº de colegiado

NEGATIVA DEL PACIENTE A LA REALIZACIÓN ☐

REVOCACIÓN DE LA DECISIÓN POR EL PACIENTE ☐

En a de de 20

Firmas:

El paciente

El/la facultativo/a

Colegiado