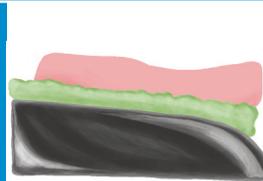




1

Para que los dientes que sujetan la prótesis (dientes pilares) puedan hacerlo, es necesario tallarlos, reduciendo su tamaño y dándoles una forma específica que asegure el asentamiento y retención de la futura prótesis.

Para que el laboratorio comience la fabricación de la prótesis, es imprescindible tomar una medida exacta y fidedigna de los dientes tallados y de toda la boca. El mecanismo más frecuente consiste en la impresión (huella) de estos mediante materiales en forma de pasta que luego endurecen.



2



3

Suele ser necesario realizar pruebas de las distintas partes de la prótesis a medida que van siendo fabricadas, lo que requiere diversas citas al odontólogo. Durante esta fase los dientes tallados llevarán unas coronas de un material provisional hasta que se cimente la prótesis definitiva.

Debajo de los pónicos (coronas que sustituyen a los dientes ausentes) se pueden acumular más fácilmente restos alimenticios, por lo que será recomendable extremar la higiene mediante las maniobras y los instrumentos que su odontólogo le aconseje, a fin de evitar la inflamación de las encías.



4

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO PRÓTESIS FIJA

Clínica dental:

Dr./Dra.:

Colegiado nº

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



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO PRÓTESIS FIJA

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 prótesis fija en mi boca con el fin de restituir mis dientes ausentes y recuperar la función y la estética. Además, he comprendido que dicha prótesis se sujeta a mis dientes naturales y que no podrá ser retirada por mis propios medios.
- Que antes de iniciar dicho tratamiento he sido informado/a de que:
 - ⇒ El procedimiento puede requerir 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. Más raramente, puede provocar bajada de tensión y mareo.
 - ⇒ Para la realización de una prótesis fija es imprescindible tallar o desgastar uno o más dientes para darles una forma y tamaño específicos. En ocasiones desfavorables, el tallado puede provocar un daño en el nervio del diente que obligue a realizar una endodoncia.
 - ⇒ La confección de una prótesis fija requiere diversas visitas al odontólogo. Para que durante estas fases los dientes estén protegidos y podamos hacer una vida normal, estos llevarán coronas provisionales, que se pegan con un cemento también provisional. A pesar de esto, es frecuente que con estos provisionales exista un aumento de la sensibilidad del diente ante distintos estímulos (frío, calor, masticación, etc).
 - ⇒ Respecto a la prótesis definitiva, aunque los materiales cerámicos modernos tienen un aspecto muy natural, en ocasiones es imposible reproducir el brillo y tono exacto de los dientes originales.
 - ⇒ Una vez cementada la prótesis comienza un período de acostumbramiento de unas pocas semanas, durante el cual nuestra boca se va adaptando a la nueva situación durante la masticación y el habla. Además, podría haber un aumento de la salivación que también cederá progresivamente.
 - ⇒ Debido a las potentes fuerzas masticatorias, el cemento bajo las prótesis puede ir experimentando un deterioro que culmine con el hipotético despegamiento de la prótesis. La mayoría de estos casos se solucionan con una nueva cementación.
 - ⇒ Debajo de los pónicos (coronas que sustituyen a los dientes ausentes) se pueden acumular con mayor facilidad restos alimenticios, por lo que será recomendable extremar la higiene mediante las maniobras y los instrumentos que su odontólogo le aconseje, a fin de evitar la inflamación de las encías y el mal aliento, así como mantener el buen aspecto de la prótesis.

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