



1

La prótesis parcial removible está indicada cuando varios dientes de la mandíbula o el maxilar están ausentes, por lo que es necesario colocar dientes artificiales que los sustituyan, mejorando de este modo la función y la estética de la boca.

Para confeccionar esta prótesis, que estará fabricada a la medida exacta de la boca, el odontólogo tomará sucesivos registros y medidas de las estructuras bucales presentes (dientes y rebordes óseos), a las cuales se sujetará la futura prótesis removible. Recuerde que sólo el odontólogo es el único profesional que puede prescribir y colocar una prótesis.



2



3

Serán necesarias varias citas en las que se realizarán pruebas de las distintas partes de la prótesis, a medida que éstas vayan siendo fabricadas. Una vez finalizada será posible que, en los primeros días de uso, se tenga la sensación de tener un cuerpo extraño, entre otras leves molestias. El odontólogo será quien supervise esta fase de acostumbramiento. No dude en consultarle.

Es imprescindible adoptar unas medidas específicas de cuidado y limpieza de la prótesis para conservarla en buenas condiciones. También habrá que quitarse la prótesis durante la noche y mantener una buena salud bucal. Por lo tanto, siga las instrucciones de su odontólogo y acuda a consulta para realizarse las revisiones que se determinen.



4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PRÓTESIS REMOVIBLE

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 PRÓTESIS REMOVIBLE

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 removible para mi boca con el fin de restituir mis dientes ausentes, además de mejorar la función y la estética. Dicha prótesis podrá ser retirada por mí en cualquier momento.
- Que antes de iniciar dicho tratamiento he sido informado/a de que:
 - ⇒ Esta prótesis consta de dientes artificiales que se sujetan sobre una base acrílica y/o metálica. Dicha estructura se apoya, a su vez, sobre la encía y se sujeta a dientes remanentes (si es que existen) mediante retenedores directos (ganchos) o indirectos (ataches) o incluso a implantes.
 - ⇒ La capacidad de trituración y corte de estos dientes artificiales será menor que la de los dientes naturales. Además, en determinados casos y ante algunos alimentos especialmente duros puede notarse cierto balanceo de la prótesis.
 - ⇒ Respecto a la estética, aunque el material de los dientes artificiales imitará el color y forma de los dientes naturales, la reproducción exacta en brillo y tono puede no conseguirse. Además, los retenedores pueden ser visibles y conllevar una merma en la estética de la boca.
 - ⇒ Para la realización de una prótesis removible es imprescindible acudir a varias citas al odontólogo, ya que necesita diversas fases durante su elaboración, colocación y adaptación en las primeras semanas. De hecho, en este tiempo, es normal que el paciente note un cuerpo extraño, un aumento de la cantidad de saliva y dificultades para hablar y/o masticar que, en ocasiones, causan dolor y pequeñas úlceras en las zonas de apoyo. El odontólogo revisará esta fase de acostumbramiento y realizará las intervenciones o tratamientos indicados para solventar estos inconvenientes iniciales.
 - ⇒ Asimismo, debido al paso del tiempo y uso de la prótesis, pueden surgir pequeños desajustes en su sujeción, desajustándose, por lo que puede ser necesario añadir algún material (rebase) para recuperar la mejor fijación posible. Existen diversos materiales cementantes (pegamentos) para optimizar la fijación de la prótesis y el confort de los tejidos en los que ésta apoya. Pregunte a su odontólogo.
 - ⇒ Es imprescindible que los pacientes con prótesis removible acudan periódicamente al odontólogo para revisarse la prótesis y la boca. Es importante saber que los dientes pilares (los que quedan en la boca) aumentan la probabilidad de tener caries o desgastes.
 - ⇒ Debido a que debajo de la prótesis se pueden acumular con mayor facilidad restos alimenticios, es necesario cumplir con unas medidas de higiene correctas, con el fin de reducir el riesgo de caries en los dientes naturales que hubiera, la salud de las encías y el buen aspecto de la prótesis. Deberé seguir las instrucciones de cuidado, mantenimiento e higiene que el odontólogo me indique.

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 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