



Antes de comenzar un tratamiento de ortodoncia es indispensable realizar un meticuloso estudio del caso, basado en la exploración del paciente, el análisis radiográfico de las estructuras óseas o la toma de modelos de la boca o fotografías, etc...

En caso de la ortodoncia fija es necesario colocar elementos como brackets o bandas en los dientes implicados, para poder ir corrigiendo su posición paulatinamente. Esta aparatología requiere cierto acostumbramiento y puede causar, en los primeros días, lesiones en la mucosa oral. Es importante seguir las instrucciones de higiene que dicte el ortodoncista.



2



3

Los tratamientos de ortodoncia son largos, por lo que es indispensable cumplir con las citas periódicas que fije el ortodoncista, en las cuales se cambian o ajustan ciertos elementos del aparato. Es normal que después de estas citas existan leves molestias en los dientes.

Una vez finalizado el tratamiento es muy importante seguir las instrucciones del ortodoncista sobre la retención de los dientes, a fin de evitar que puedan moverse de nuevo y se pueda mantener el resultado conseguido.



4



CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO ORTODONCIA

Clínica dental:

Dr./Dra.:

Colegiado nº



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



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO ORTODONCIA

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 un tratamiento de ortodoncia, cuyo propósito principal es mejorar la salud bucal al conseguir un alineamiento correcto de los dientes así como una relación intermaxilar adecuada con una oclusión normal, además de mejorar la apariencia estética de la sonrisa. Concretamente, la ortodoncia está indicada para el problema que tiene el/la paciente, que consiste en.....
- Que antes de iniciar dicho tratamiento he sido informado/a de que:
 - ⇒ Existe el riesgo de sensibilidad dentaria debido a las fuerzas ejercidas sobre los dientes o maxilares, así como irritación de encías, labios, mejillas y lengua, generalmente en la fase inicial.
 - ⇒ Existe la posibilidad de que se produzca una reabsorción (acortamiento) de la raíz de uno o varios dientes sometidos a fuerzas ortodóncicas. Este fenómeno es infrecuente y de origen desconocido. En ocasiones puede afectar a la longevidad del diente e implicaría alterar el plan de tratamiento. Asimismo, el/la paciente, por sus especiales condiciones, puede presentar riesgos consistentes en.....
 - ⇒ Durante el tratamiento debo de extremar las medidas higiénicas, ya que la aparatología podría aumentar la aparición de manchas blancas permanentes (descalcificaciones), caries dental o gingivitis (encías inflamadas).
 - ⇒ Debido a los factores propios del desarrollo óseo y la erupción dentaria, el tratamiento podría alargarse más tiempo del esperado. Además, es relativamente frecuente que durante el curso del tratamiento se produzcan despegamientos o roturas de la aparatología utilizada que requerirán consultar con el ortodontista.
 - ⇒ Después de terminar el tratamiento es necesario utilizar algún sistema de retención para evitar modificaciones posteriores de la alineación dentaria. Esta fase de retención también precisa revisiones, aunque más espaciadas.

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