



CONSENTIMIENTO INFORMADO OPERATORIA

Con fecha _____ Yo _____ RUT _____

declaro por medio de la firma de este documento:

He consultado en este centro odontológico y según me ha explicado el odontólogo(a), se realizará un tratamiento dental conforme a una evaluación clínica y que el tratamiento requerirá de varias sesiones para resolver mis problemas de salud bucal. Declaro que se me ha explicado las ventajas y desventajas de cada procedimiento, como asimismo sus posibles riesgos y complicaciones, inherentes a toda acción de salud sobre el cuerpo humano. Sé que es posible que mi diagnóstico requiera de la participación de varios especialistas, y que por tanto puede incluir derivaciones y la solicitud de exámenes complementarios antes, durante o después de la realización del tratamiento.

Con ese objetivo, acepto que me sean realizadas las acciones necesarias para la recuperación de mi Salud Oral, entre las que se cuentan: **anestesia local, exodoncias dentarias (extracciones), carillas, incrustaciones, coronas e-max, blanqueamiento (NO TIENE GARANTIA), plano de relajación, prótesis definitivas totales y parciales, obturaciones.** El tratamiento de las caries profundas puede provocar dolor post operatorio irreversible que requiera de un tratamiento de conducto del diente. A menudo no es posible predecir, ni por los síntomas ni por la radiografía, si el proceso infeccioso de la caries o inflamatorio alcanzó a afectar el nervio o pulpa dental. Si está afectado, sólo se sabe por los síntomas posteriores a la restauración, y en este caso debe realizarse un tratamiento de conducto o endodoncia, el cual tendrá un costo aparte. En caso de que la pieza pueda ser restaurada por una restauración directa, se repite sin costo o de lo contrario el dinero se abona para el tratamiento de rehabilitación correspondiente que será presupuestada por el profesional (incrustación o corona, siempre y cuando este dentro de nuestra garantía).

Además, se podrán realizar acciones de prevención (fluoraciones y/o sellantes y/o barnices, técnicas de higiene oral), radiografías intra o extraorales necesarias para complementar el diagnóstico (Riesgo menor para pacientes embarazadas), tratamientos estéticos (blanqueamientos), y otras posibles maniobras determinadas por los especialistas con mi conformidad y para así mejorar mis condiciones funcionales y/o estéticas. También consiento en que se me den las indicaciones necesarias para colaborar con mi tratamiento y que se me prescriban los medicamentos coadyuvantes beneficiosos para mi salud y para los cuales no tenga contraindicación.

Es importante mencionar que obturaciones o tapaduras en deficiente o en mal estado pueden desalojarse durante la higiene lo cual es inherente al tratamiento, y no dependen del operador ni de la clínica. Una restauración en buen estado no debe desalojarse en este procedimiento de rutina, por tanto, el costo de esta nueva restauración deberá ser asumido por el paciente.

Si se me indica un plano de relajación de uso nocturno por bruxismo, y no me realizo dicho tratamiento, comprendo que tampoco se podrá garantizar las restauraciones realizadas pues lógicamente éstas se fracturarán o desalojarán debido al exceso de fuerza generadas en el sistema.

He completado el informe sobre mi encuesta de salud y también realizado los exámenes clínicos que se me hubiesen solicitado, siendo veraz la información que he entregado. Las fotografías o placas radiológicas o películas que se me tomen serán para uso exclusivo de mi patología y no serán reveladas a terceros ajenos al tratamiento sin mi consentimiento

Comprendo que para la realización exitosa de mi tratamiento debo cooperar asistiendo con puntualidad o avisando con tiempo si no puedo asistir, como asimismo siguiendo las indicaciones que se me dan y tomando los medicamentos prescritos de acuerdo a las instrucciones. Entiendo que pierdo las garantías explicitadas si me ausento reiteradamente o no asisto a mis controles programados. Si presentase problemas con alguno de los tratamientos realizados en **CLINICA DENTAL IMPLANET CHILE**, deberé consultar primero en la institución para resolver el problema y pasar por una **contraloría clínica dirigida por el director técnico de cada centro**, de lo contrario, si asisto a otro centro en donde intervienen parte o la totalidad de los tratamientos realizados o iniciados **perderé las garantías y no existirán devoluciones de dinero.**

Declaro que el dentista me ha explicado las ventajas y desventajas de este tratamiento, las alternativas a este y las consecuencias de no realizarlo. Sé que tengo derecho a solicitar que se me vuelvan a explicar las partes de mi tratamiento que no tenga suficientemente claras. Además, he sido informado(a) de los honorarios involucrados en mi tratamiento, las condiciones del pago del mismo y estoy de acuerdo.

Firma Profesional

Firma y nombre del paciente