



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha	Día		Mes		Año	
-------	-----	--	-----	--	-----	--

HISTORIA CLÍNICA No.									

Por medio del presente documento, yo, _____ identificado(a) con c.c _____, como paciente o representante legal de _____, declaro que la ortodoncista Luz María Mejía Múnera me ha explicado el tratamiento de ortodoncia al cual seré sometido(a) o al cual será sometido mi representado. Igualmente, manifiesto que se me han informado clara y expresamente los siguientes aspectos.

BENEFICIOS: El tratamiento de ortodoncia le puede ofrecer:

- Mejor función y estética dental.
- La dentición alineada es más fácil de cepillar, lo que puede reducir la incidencia de caries y/o el desarrollo de enfermedades de las encías y el hueso que soporta los dientes.
- Debido a las condiciones individuales y las limitaciones del tratamiento impuestas por la naturaleza, no es posible lograr todos los beneficios específicos en todos los pacientes. La reacción de cada paciente al tratamiento es un factor desconocido en todo tratamiento de ortodoncia, por lo que cada paciente debe ser tratado como un caso individual.

RIESGOS: El odontólogo informa al paciente de los posibles riesgos que, aunque algunos poco frecuentes, se pueden presentar con la ortodoncia:

- **Descalcificación de los dientes (manchas blancas), caries o problemas periodontales (de la encía y el hueso)**, lo cual sucede en caso de que el paciente no lleve a cabo su higiene oral de una forma periódica y correcta de acuerdo a las indicaciones que da la ortodoncista, debido a que los aparatos ortodóncicos tienden a acumular más restos de alimentos y placa bacteriana.
- **Manchas en los dientes (extrínsecas)**, de color amarillo, café o marrón, relacionadas con malos hábitos alimenticios o fumar.
- **Reabsorción radicular o acortamiento de las raíces** de alguno o todos los dientes comprometidos en el tratamiento, para lo cual puede haber una predisposición individual no predecible. Puede ser más evidente en algunos casos e incluso estar no asociada al tratamiento de ortodoncia. Los pacientes que no asisten a su cita periódica corren el riesgo de que las fuerzas de los aparatos queden sin control y dañen los dientes, incrementando el riesgo de reabsorción.
- **Recidiva o retorno parcial de los dientes hacia su posición original** en mayor o menor grado, lo cual se agrava si el paciente no colabora con el uso de los retenedores una vez finalizado el tratamiento, o si se tienen ciertos hábitos y/o condiciones por fuera del control de la ortodoncista (manejo de ciertos instrumentos musicales, respiración oral, obturaciones mal adaptadas, entre otros). Por esta razón en muchos casos se recomienda la retención permanente o para toda la vida.
- **Irritación en los tejidos blandos**, como úlceras o heridas en la encía o parte interna de las mejillas, asociada a la aparatología.
- **Problemas en la articulación temporomandibular (articulación entre la mandíbula y el cráneo)**, representados en dolores y/o ruidos que se generan al abrir o cerrar la boca; éstos no se asocian directamente al tratamiento de ortodoncia, pero es importante notificar cualquier cambio durante el transcurso del mismo.
- **Cambio en el color de algún diente**, lo cual se produce porque algún evento externo (como restauraciones grandes o traumas previos) produce una afeción del nervio, que con el movimiento ortodóncico se agrava y se indica la endodoncia del diente.
- **Movilidad y/o dolor dental**; para éste último se recomienda el uso de Acetaminofén.

OTRAS OBSERVACIONES

- Los problemas médicos generales pueden afectar el tratamiento de ortodoncia. Se debe informar al ortodoncista sobre cualquier cambio en la salud general, si se está en embarazo o si se está bajo algún tipo de tratamiento con medicamentos.
- Si el paciente requiere de cirugía maxilofacial, es responsabilidad del Cirujano Maxilofacial informar al paciente sobre los beneficios, posibles riesgos y complicaciones predecibles o no de este procedimiento.
- Los problemas de crecimiento de los maxilares pueden producir resultados desfavorables en el tratamiento, factor biológico que está por fuera del alcance del ortodoncista y que puede limitar la capacidad para lograr los resultados deseados.
- Accidentes como golpes con algún objeto pueden producir cambios no deseados en el movimiento de los dientes; consultar de inmediato a la ortodoncista.
- Debido a la variación en la forma y el tamaño de los dientes, así como pérdidas dentales previas, el paciente puede requerir tratamientos restauradores o periodontales adicionales, los cuales no se incluyen dentro del valor de la ortodoncia.
- Evitar el consumo de alimentos duros, tostados, pegajosos o crujientes, ya que causan el desprendimiento de brackets y tubos.

El paciente comprende que las áreas de la salud, como la odontología, no son ciencias exactas y por lo tanto no existen garantías sobre el resultado exacto de los tratamientos proyectados. Así mismo, se ha informado que los tratamientos odontológicos no son de por vida, que tienen un período de vida útil, y que la culminación del tratamiento depende estrictamente de la colaboración con una higiene oral excelente, el cuidado de la aparatología y la asistencia periódica a las citas de control.

El paciente afirma que ha leído y entendido el presente documento y que ha sido informado del posible resultado final del tratamiento, dependiendo de sus factores limitantes y de su colaboración. Igualmente declara que se le han comunicado las principales consideraciones y los posibles riesgos del tratamiento de ortodoncia y que se le ha dado toda la información necesaria para tomar la decisión de aceptarlo, dándole la oportunidad de hacer todas las preguntas sobre dicho tratamiento y sobre el contenido de este documento, que ha sido informado de las diferentes opciones posibles de tratamiento y que está de acuerdo con la elección realizada. Comprende además la necesidad de realizar, si es preciso, procedimientos irreversibles como extracción de piezas dentarias o desgastes interproximales y oclusales, entre otros. Si surgiese cualquier situación inesperada durante el tratamiento, se autoriza al profesional para realizar procedimientos distintos a los proyectados, que a su juicio, sean oportunos para la resolución de la complicación surgida. Para certificar la aceptación del contrato, ambas partes firman.

Paciente o persona responsable cc.

Luz María Mejía Múnera c.c. 43.590.827 Reg.5-309-98