

CLÍNICA MAXILOFACIAL.COM MARINO Y ASOCIADOS  
 Nueva Providencia 2155-B of 1210  
 Providencia – Santiago - Chile  
 Fono +56222336360  
[contacto@maxilofacial.cl](mailto:contacto@maxilofacial.cl)  
[www.maxilofacial.com](http://www.maxilofacial.com)  
[www.implantes.cl](http://www.implantes.cl)  
[www.implanteschile.cl](http://www.implanteschile.cl)



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO CON IMPLANTES DENTALES DE TITANIO Y REHABILITACIÓN SOBRE IMPLANTES DENTALES**

Santiago, .....de .....de año .....

La explicación del tratamiento, su objetivo, ventajas, complicaciones y alternativas de tratamiento serán informadas en el presente documento y será un complemento a la información entregada por el profesional en las consultas clínicas previas. Nuestro sistema legal (Ley 20.584 de Derechos y Deberes de los pacientes) hace necesario que usted lea este documento y firme todas las páginas. Le agradecemos su colaboración, frente a cualquier duda la debe hacer presente al profesional ya sea en forma presencial o vía telemedicina.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO (llenar por puño y letra de paciente o su representante legal).

Yo, ....., rut ....., he sido informado inicialmente por ANTONIO MARINO ESPINOZA y se me ha explicado en detalle la naturaleza y el fin de la operación y/o procedimiento propuesto, así como algunas alternativas de tratamiento si ellas existieran.

1. Se me ha explicado los planes alternativos de tratamientos mediante la utilización de otro tipo de prótesis convencionales fijas o removibles.
2. Comprendo que el propósito de la intervención es procurar restaurar la pérdida de uno o varios dientes.
3. He tenido tiempo de poder informar y discutir mis antecedentes médicos, incluyendo cualquier enfermedad, consumo de cigarrillos, lesión importante y/o consumo de medicamentos, los cuales podrían influir negativamente en el pronóstico de mi tratamiento.
4. Toda intervención quirúrgica realizada en la boca puede acontecer entre otras:
  - a. Molestias
  - b. Inflamaciones post operatorias
  - c. Sangrado
  - d. En algunas ocasiones infecciones
  - e. Daños a nervios cercanos o piezas dentarias vecinas. Estas situaciones se evitan en gran medida por el estudio radiográfico moderno como análisis y mediciones tridimensionales, pero por la estrecha vecindad de dichas estructuras siempre existe una baja probabilidad de daño, el cual puede involucrar adormecimientos temporales o permanentes de zonas de la boca o cara y eventuales tratamientos de endodoncia de dientes vecinos y en extrañas situaciones la pérdida de dientes vecinos.
5. Autorizo a que el profesional mencionado realice el procedimiento junto a la colaboración de su personal y/u otros profesionales que podrían realizar la rehabilitación definitiva (segunda etapa protésica).
6. He sido informada(o) de las complicaciones potenciales de este procedimiento quirúrgico que incluyen, además de las citadas previamente:

Ante cualquiera de las complicaciones antes mencionadas o bien para otras consultas no dude en contactarnos al 2-22336360 o bien en horarios no hábiles a los correos electrónicos [contacto@maxilofacial.com](mailto:contacto@maxilofacial.com) , [contacto@maxilofacial.cl](mailto:contacto@maxilofacial.cl) , [contacto@implantes.cl](mailto:contacto@implantes.cl)

- a. Falta de integración del implante con el hueso que lo rodea, con la consiguiente pérdida precoz o tardía del implante o implantes.
  - b. Imposibilidad de colocar el implante en la localización prevista por deficiencias en la cantidad o calidad de hueso en la zona. En esta situación el cirujano podrá optar por colocar el implante en otra posición o no instalarlo (en dicho caso se reembolsará parte de los insumos de la primera etapa).
  - c. Instalación del implante en zona de hueso mínima pero aparentemente suficiente.
  - d. Instalar el implante en zona mínima que podría dañar diente vecino, en dicho caso eximo de responsabilidad al profesional entendiendo que se realizaron todas las mediciones previas y que hay factores inevitables o imponderables.
7. Si surgiese cualquier situación inesperada durante el transcurso de la intervención, autorizo al cirujano a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta a las indicadas en este documento, que en su juicio clínico estimase para el bien de mi tratamiento.
8. Me ha sido explicado que para la realización de este tratamiento es imprescindible mi colaboración con una higiene oral escrupulosa y con visitas periódicas para control clínica. Acepto cooperar con las recomendaciones de mi odontólogo mientras esté a cargo de mi tratamiento, comprendiendo que cualquier falta de seguimiento de estas podría provocar resultados inferiores o fracasos.
9. He sido informado que el tabaquismo, la enfermedad periodontal, la diabetes, el uso de bisfosfonatos (fijadores de calcio en los huesos) es o son factores de riesgo para el éxito del tratamiento de implantes y asumo las consecuencias de ello, las cuales podrían significar la pérdida de o del implante y por ende fracaso del tratamiento. Asumo que pese a dejar el cigarrillo el daño en los tejidos ya está producido y la respuesta del organismo no será la misma que la de un paciente no fumador. El tabaquismo no implica contra indicación de instalación de implantes, pero genera una baja en el porcentaje de éxito. Asumo que podría fallar el tratamiento con las implicancias económicas que involucra. En esa situación podré realizar solicitud de la devolución parcial del tratamiento correspondiente a la segunda etapa protésica.  
Pese a lo anterior se intentará en una nueva cirugía la reposición de los implantes sin costo para el o la paciente.
10. Comprendo que, en caso de no integrarse un implante, debo ser sometido a una nueva cirugía de instalación de implantes sin costo, sin embargo, los procedimientos para provisionalizar (instalar diente provisorio) y mejorar las condiciones del hueso pueden tener costos adicionales y requieren cambios en los tiempos programados inicialmente. Si al intentar repetir el implante fracasa nuevamente no es factible repetir el implante una vez más, en dicha situación no será factible rehabilitar y solamente deberé pagar el costo de la primera etapa (implantes) pese al fracaso, no deberé pagar la segunda etapa. En caso de haber pagado por adelantado la segunda etapa solicitaré el reembolso de ese ítem que aparece detallado en el presupuesto como segunda etapa de tratamiento, rehabilitación o corona definitiva o podrá ser abonado a un tratamiento protésico alternativo.
11. Comprendo que el tratamiento, presupuestos y pagos no incluyen radiografías o tomografías iniciales ni de control.
12. Entiendo que al instalar el implante queda cubierto en parte con encía y que siempre existe la posibilidad que esta encía se recoja o retraiga algo y se pueda exponer parte del implante al tener la el tratamiento definitivo (corona, puente o prótesis): Ese es uno de los motivos porque es clave mantener excelente higiene y controles.

13. Entiendo que en ocasiones por la cantidad de hueso disponible es inevitable que en la zona de la encía deba quedar expuesta la zona del aditamento metálico, la cual me comprometo a mantener en perfecta higiene y entiendo que no es factible duplicar en esa situación a un diente y encía natura debiendo quedar expuesta dicha zona metálica (conectores o pilares).
14. Entiendo que el resultado final de un implante nunca será idéntico al diente natural dado que el tejido que lo sostiene como el hueso y encía de la pieza normalmente tienen algún daño o pérdida de su forma y determinará en ocasiones un contorno de la encía diferente.
15. Entiendo que si se instala un injerto de hueso o encía es una medida para intentar mejorar las condiciones locales y el resultado final en esa zona puede tener diferentes resultados, incluso la pérdida o reabsorción parcial o total de este. Generalmente el resultado depende de la reparación individual de la zona.
16. Me ha sido explicado que para la realización del tratamiento y para el cuidado posterior a la instalación definitiva es imprescindible mi colaboración con una higiene oral escrupulosa y con visitas periódicas para mi control clínico y radiográfico. Se me informa que deberé acudir al menos a un control anual y frente a cualquier situación debo acudir previamente.
17. Autorizo al facultativo para que efectúe registros clínicos como impresiones, radiografías, resonancias, tomografías, digitalizaciones, fotografías 2d y 3d, las cuales serán utilizadas para el diagnóstico, planificación de tratamiento, registro, educación y publicación científica con el resguardo adecuado de la identificación del paciente.
18. Entiendo que el tratamiento de implantes múltiples el presupuesto no varía (no se realizan devoluciones parciales de pago) si se rehabilita con uno más implantes menos o más de los planificados inicialmente. Lo fundamental es que el tratamiento de rehabilitación pueda ser realizado en forma definitiva independiente al número de implantes.
19. He sido informado respecto de que la sesión anterior a la final realizaremos pruebas estéticas de forma, posición y color. En ese momento deberé informar respecto de cualquier situación estética o de incomodidad dado que a la sesión siguiente se instalará la rehabilitación definitiva y luego de ella no es factible retirar las prótesis y en caso de hacerlo incurriré en costos adicionales con todo lo que involucra el trabajo de laboratorio.
20. Entiendo todos los puntos anteriores y he consultado por aquellos que tenga cualquier tipo de duda.

Adicional se me informa respecto de la etapa de rehabilitación puede suceder:

1. Desprendimiento o fracturas de dientes provisionales y coronas (todas las atenciones de urgencia durante el primer año a contar de la instalación definitiva no tienen cobro para el paciente).
2. En caso de desprendimiento de cualquier elemento lo debe guardar y traer a la consulta, de lo contrario habrá un costo adicional por insumos.
3. Fractura de estructura protésica (durante el primer año se corrigen sin costo).
4. Defectos periodontales por falta de soporte óseo, en muchos casos la encía no tendrá la forma natural de un paciente sano y se puede transparentar el implante como una zona oscura bajo la encía o retraer está mostrando parte del implante.

Ante cualquiera de las complicaciones antes mencionadas o bien para otras consultas no dude en contactarnos al 2-22336360 o bien en horarios no hábiles a los correos electrónicos [contacto@maxilofacial.com](mailto:contacto@maxilofacial.com) , [contacto@maxilofacial.cl](mailto:contacto@maxilofacial.cl) , [contacto@implantes.cl](mailto:contacto@implantes.cl)

5. Puede que, en casos excepcionales, posterior a el tratamiento definitivo se necesiten cirugías periodontales para mejorar defectos óseos, dichos tratamientos luego de la instalación se consideran como nuevos tratamientos que requerirían nuevos presupuestos.
6. Una vez completado el proceso de ósea integración que dura entre tres y seis meses el profesional solicitará radiografías de control a un centro externo (valores no incluidos en el presupuesto), se verificará la imagen de los implantes y se programará una cirugía para asomar la plataforma del implante, esta etapa se denomina CONEXIÓN, requiere anestesia local.
7. Luego de la etapa de CONEXIÓN (cambiar las tapas de los implantes), comienza la etapa de rehabilitación.
8. Dicha etapa de REHABILITACIÓN tiene una duración variable, pueden ser entre 4 y 8 sesiones (podrían ser más si el laboratorio lo solicita). Hay casos complejos de rehabilitación de más de 4 implantes que el proceso puede durar algunos meses. Cada sesión debe ser con una diferencia de al menos 9 días por la demora del trabajo de laboratorio.
9. Es muy importante que en esa etapa aclare todas las inquietudes estéticas respecto de color, forma y apariencia, debe comprender que nunca una pieza artificial será igual o superior estéticamente a una pieza dental natural. Una vez confirmada la prueba estética por el paciente se solicita la terminación al laboratorio, no es factible realizar cambios en el trabajo del laboratorio (implicaría costos extras para el paciente y posiblemente destruir la corona de porcelana).
10. He sido informado que el tratamiento comprende una segunda etapa en unos meses más y que puede ser realizada por otro profesional del equipo del Dr. Antonio Marino o por el Dr. Antonio Marino en clínica maxilofacial com en Providencia, según el tipo de tratamiento y disponibilidad de horas en agenda.
11. Cualquier procedimiento complementario necesario tendrá un presupuesto independiente.

Respecto del pago del tratamiento, entiendo y acepto que si fuera cancelado en dos etapas; la primera se realiza el pago al **momento de fijar la fecha de la cirugía (primera etapa)** y el segundo pago se realiza al momento de **reservar la hora para iniciar la segunda etapa**. De esa forma estará cancelado el **TOTAL** de la diferencia del monto total presupuestado durante la hora del inicio de la SEGUNDA ETAPA, de lo contrario no se podrá agendar la conexión o iniciar la rehabilitación de corona (s) puente (s), prótesis. Si ha cancelado el total al comienzo no considere ese punto.

Declaro que he leído y he entendido este consentimiento, se me han aclarado las dudas e interrogantes que he formulado acerca de la naturaleza y propósito de este tratamiento, de las sustancias o insumos involucrados, beneficios, complicaciones efectos secundarios, riesgos previsibles y consecuencias.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo me ha permitido realizar todas las consultas y observaciones que le he planteado.

Autorizo el tratamiento de :

.....  
 .....

**FIRMA Y RUT DEL PACIENTE O REPRESENTANTE**

**FIRMA DEL ODONTÓLOGO**

**(Recuerde firmar todas las 5 hojas)**