

## CENTRO DE ODONTOLOGÍA -> my-dentist-mallorca.com

Dr. Víctor J. Hernández Darías - Odontólogo\* Dentista

Col.Nº 07001360 \* NIF/NIE 78852805L

Avenida de Picasso 61 bjs drcha, E-07014 Palma de Mallorca

info@my-dentist-mallorca.com\*Tel. (+34) 971 57 36 87\*Móvil (+34) 648 66 81 08\*Fax (+34) 971 57 36 88

### Datos personales

Fecha:

Nombre:

NIE/NIF/DNI:

### Dentaduras postizas realizadas en laboratorio bajo anestesia local

Si tiene varios dientes que necesitan una restauración, o quizás ya no posee ningún diente, hay una solución para todo. El Dr. Víctor J. Hernández Darías recomienda en su caso una restauración dental removible o fija de acrílico, óxido de circonio u otro material cerámico o metálico. El material que se utilice en su caso dependerá de la ubicación, de la durabilidad necesaria, de sus hábitos personales y de su comportamiento masticatorio.

Las posibilidades de éxito de este procedimiento son individuales y se discutirán en detalle en nuestro consultorio, pero son muy altas si usted brinda su cooperación. Una apertura bucal insuficiente y un flujo de saliva muy elevado pueden influir negativamente en la durabilidad y el éxito del tratamiento. Debe prestarse especial atención a la higiene bucal.

El tratamiento se realiza en varias sesiones y cada una dura entre 30 minutos y una hora por diente. La duración de todo el tratamiento es individual y también depende de su cooperación.

Tras la preparación de la mucosa, de los dientes o de los implantes, tiene lugar el tratamiento posterior.

Se toman impresiones de la dentición con diversas siliconas y alginatos. A continuación, se elige la tonalidad junto con usted y se fabrica una restauración dental provisional. Es posible que usted ya disponga de una restauración provisional realizada por nosotros. Se toman medidas de la altura de la mordida, se realizan registros de la mordida y, posiblemente, varias pruebas y adaptaciones de la restauración dental prevista.

Las alternativas de tratamiento son opciones removibles o fijas, que aclaramos en la consulta.

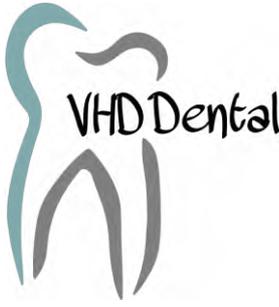
### **Consentimiento para la intervención dental**

Se me ha informado que se me va a realizar la intervención citada anteriormente.

Se me informó adecuadamente sobre la naturaleza, la finalidad y el desarrollo de la intervención, así como sobre sus principales ventajas, desventajas y riesgos, también en comparación con otros métodos de análisis, tratamiento, cirugía y con la no realización de la intervención.

Soy consciente de que, en determinadas circunstancias, será necesario ampliar la intervención y que solo se podrá saber con posterioridad si es necesaria dicha ampliación o una modificación de las medidas previstas. Se me ha informado de las posibles complicaciones físicas, psicológicas y profesionales en el periodo posterior a la intervención. También se me informó de las siguientes **complicaciones posibles**:

- Reacciones alérgicas
- Adormecimiento
- Aspiración de objetos
- Lesión de los tejidos blandos
- Fracaso, necesidad de un nuevo tratamiento
- Daño del nervio dentario
- Sensibilidad después del tratamiento
- Coincidencia incorrecta de la tonalidad/mordida
- Puntos de presión, mal ajuste



**CENTRO DE ODONTOLOGÍA -> my-dentist-mallorca.com**

Dr. Víctor J. Hernández Darías - Odontólogo\***Dentista**

Col.Nº 07001360 \* NIF/NIE 78852805L

Avenida de Picasso 61 bjs drcha, E-07014 Palma de Mallorca

info@my-dentist-mallorca.com\*Tel. (+34) 971 57 36 87\*Móvil (+34) 648 66 81 08\*Fax (+34) 971 57 36 88

**Datos personales**

**Fecha:**

**Nombre:**

**NIE/NIF/DNI:**

**Se discutió en detalle cualquier problema particular que pudiera tener, en especial:**

Mis preguntas fueron respondidas en detalle. No deseo que se me den más detalles, o se me dieron hasta donde yo lo quise.

Soy consciente de que puedo revocar este consentimiento.

Estoy de acuerdo con la medida y el método previstos, así como con las ampliaciones y modificaciones necesarias. Se me ha informado que, en determinadas circunstancias, se realiza una documentación fotográfica y estoy de acuerdo con ello. Aseguro que he mencionado en el historial clínico todas las dolencias y molestias que conozco.

Se me instruyó sobre el comportamiento requerido antes y después del tratamiento.

Entiendo que debo cancelar una cita con al menos 24 horas de antelación si no puedo acudir a ella. Soy consciente de que tendré que pagar una tarifa de cancelación de 50 euros en caso de una ausencia injustificada o una cancelación tardía.

**Firma del paciente**