



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

Dr. Víctor J. Hernández Darias - 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:

Corrección de la posición de los dientes mediante terapia de férulas

En el consultorio/en casa

¿No está satisfecho/a con la alineación de sus dientes y le gustaría mejorarlos? Aquí, el Dr. Víctor J. Hernández Darias puede ayudarle con una terapia de férulas.

Las posibilidades de éxito de este procedimiento son individuales y dependen absolutamente de una buena cooperación de su parte.

Para conseguir la máxima mejora posible en la posición de los dientes, se toman impresiones dentales al principio del tratamiento. Éstas se envían al laboratorio, donde se realizan modelos de prueba con la corrección dental que se desea conseguir. También averiguamos cuántas férulas se requieren para lograr el resultado deseado y si pueden ser necesarias otras medidas como el llamado "stripping" o reducción interproximal (IPR).

A veces también se fijan pequeños bloques de plástico a los dientes, que aceleran la rotación de los mismos cuando esto es necesario.

El tratamiento suele durar de semanas a meses y las férulas se cambian en intervalos regulares.

Entre las alternativas de tratamiento se encuentra la ortodoncia con brackets/aparato de ortodoncia fijo. Para ello se debe consultar a un ortodoncista.

Consentimiento para el tratamiento

Se me ha informado que se me va a realizar el tratamiento citado anteriormente y lo deseo expresamente.

Se me informó adecuadamente sobre la naturaleza, la finalidad y el desarrollo del tratamiento, 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
- Aspiración de objetos
- Fracaso, necesidad de un nuevo tratamiento
- Sensibilidad/dolor después del tratamiento
- Mordida modificada
- Sensación de presión al llevarlas puestas



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

Dr. Víctor J. Hernández Darías - Odontólogo*^DDentista

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