



Formulario de Información y Consentimiento

- He sido informado y he comprendido el propósito y la naturaleza del procedimiento implantológico.
- Se me ha examinado cuidadosamente la boca y se me ha explicado las alternativas del tratamiento, sabiendo que no todos los implantes colocados son aceptados por el organismo, porque no hay forma de predecir la capacidad de recuperación de los tejidos en cada paciente, por lo que es imposible prever seguros o garantías con respecto al resultado final, aceptando este método para el reemplazo de mis dientes perdidos.
- Se han tomado en cuenta mis deseos al planificar la prótesis, pudiendo sufrir estas modificaciones de acuerdo al desarrollo del tratamiento.
- He comprendido y aceptado seguir las instrucciones de no conducir durante las 8 hrs. posteriores a la cirugía, seguir los cuidados dentales enseñados y concurrir a las visitas estipuladas.
- Tengo conocimiento que debo reducir el consumo de alcohol y azúcar durante el periodo de cicatrización y si soy fumador debo dejar 20 días antes y 30 días después de la cirugía ya que de no hacerlo corre riesgos en la integración del implante.
- Se me ha dado la oportunidad de formular todas las preguntas que desee sobre el tratamiento, a fin de aclarar las dudas posibles como así también contemplar mis pretensiones protéticas. He referido todas las circunstancias o experiencias odontológicas y quirúrgicas que a mi entender los profesionales deben conocer.
- Entiendo plenamente de durante y luego de los procedimientos clínicos o quirúrgicos pueden manifestarse circunstancias que requieran, a juicio del profesional, tratamiento adicionales o alternativos para el éxito del caso.

Doy mi consentimiento para lo enunciado precedentemente.

Firma del paciente:

Aclaración:

Firma del profesional

Aclaración:

Fecha de la intervención: