

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OBTURACIONES DENTALES

Yo, .....  
de ..... años de edad, con domicilio en .....  
.....y D.N.I. nº.....  
O .....  
de ..... años de edad, con domicilio en .....  
.....y D.N.I. nº..... en calidad de .....  
(representante legal, familiar o allegado) de.....paciente)

**DECLARO** Que el Dr./ la Dra. ....  
MN ..... MP ..... Me ha explicado que va a proceder a obturar el diente/molar .....

Que consiste en limpiar la cavidad de tejido enfermo y rellenarla posteriormente para conseguir un sellado hermético, conservando el diente/molar y su función, y restableciendo la estética adecuada.

Sé que es frecuente que se produzca una mayor sensibilidad, que normalmente desaparecerá de modo espontáneo. Asimismo entiendo que la colocación del dique de goma pueda lacerar o herir levemente la encía.

También me ha recomendado el facultativo que vuelva a visitarle dentro de 24 horas si advirtiese signos de movilidad o alteraciones en la oclusión, pues en ese caso sería preciso ajustar la oclusión para aliviar el dolor y para impedir la formación de una patología periodontal.

Comprendo que el sellado hermético puede reactivar procesos infecciosos, que hagan necesaria la endodoncia o incluso la extracción, y que, especialmente si la caries era profunda, la pieza dental quedará frágil y podrá ser necesario llevar a cabo otro tipo de reconstrucción o colocar una corona protésica..

También comprendo que es posible que no me encuentre satisfecho estéticamente con la forma y el color del diente tras el tratamiento, porque las cualidades de la pieza nunca serán idénticas a su aspecto sano. Con el paso del tiempo la obturación puede cambiar levemente de color debido a factores externos (café, tabaco, etc.). Además en caries entre los dientes, es posible que el ajuste no sea tan preciso y tenga que usar el hilo dental para eliminar restos de comida.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado, así como que su obligación es la de poner en práctica todos los medios a su alcance normalmente exigibles, sin que por ello se pueda garantizar el resultado pretendido.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, asumiendo las consecuencias propias del momento en que adopte esta decisión.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo y acepto el alcance y los riesgos del tratamiento, exonerando al facultativo y colaboradores intervinientes de las consecuencias negativas y no deseadas que pudieran presentarse.

Y en tales condiciones

### CONSIENTO

Que se me realice la obturación dental en la pieza ..... y que los materiales a utilizar son .....

.....  
Firma paciente

.....  
Firma profesional