



Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Departamento Médico de Servicios Técnicos

Supervisión Odontológica

SPS-1013

CONSENTIMIENTO INFORMADO PRÓTESIS DENTAL

Fecha: _____

Yo _____ de _____ años de edad,
con documento personal de identificación (DPI) _____
autorizo al personal odontólogo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social a
que realice el procedimiento de:
_____.

Definición prótesis dental: Una prótesis dental es un elemento artificial destinado a restaurar y/o reponer la anatomía de una o varias piezas dentarias, restaurando también la relación entre los maxilares, a la vez que devuelve la dimensión vertical y repone los dientes con el objetivo de devolver la función masticatoria.

Riesgos o complicaciones: En casos fortuitos las posibles complicaciones que puedan presentarse durante o después de haber realizado mi tratamiento son las siguientes:

1. En caso de prótesis parcial fija, puede provocar hipersensibilidad (destemplado), exposición pulpar (nervio), Fractura de las piezas pilares; después de realizar los cortes de los dientes que servirán de soporte a la prótesis final. En estos casos la única forma de resolverlo es realizar un tratamiento endodóntico que generará procedimientos adicionales.
2. Como consecuencia a la mala higiene dental o cuidado inadecuado, puede presentarse: desadaptación tanto de provisionales como prótesis definitiva, caries, gingivitis, periodontitis y fractura del material de fabricación.

Limitaciones: Aunque la prótesis dental está diseñada para restablecer la función masticatoria, no es adecuada para destapar botellas, morder objetos duros, comerse las uñas, etc.

Los hábitos patológicos como el bruxismo (apretar o rechinar los dientes) pueden afectar la durabilidad y estabilidad de la prótesis.

La prótesis dental siendo un sustituto artificial, NUNCA PODRÁ SER COMO SUS DIENTES NATURALES y tiene un tiempo de vida útil.

En el caso de acreditar el derecho por accidente, el IGSS otorgará por única vez este beneficio.



Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Departamento Médico de Servicios Técnicos

Supervisión Odontológica

SPS-1013

Responsabilidades del paciente:

1. Asistir periódicamente y cumplir con todas las sesiones y citas agendadas.
2. Si un provisional se desajusta o fractura, deberá asistir inmediatamente a la clínica de prótesis para resolver el inconveniente.
3. Durante los procedimientos de fabricación de la prótesis dental, debe manifestar si está completamente satisfecho y conforme con el color, forma, tamaño y función masticatoria de la prótesis que se va a realizar. Para esto debe firmar, en este documento en el espacio de caso concluido.
4. Controlar y prevenir enfermedades bucales (caries, gingivitis, periodontitis, etc.) a través de visitas regulares a la clínica dental por enfermedad común.

He sido informado de forma clara acerca de la naturaleza y propósito del tratamiento y de las sustancias o insumos involucrados, beneficios, complicaciones, efectos secundarios, riesgos previsible y consecuencias. Se me han resuelto todas las dudas e interrogantes que se formularon y habiendo dado mi consentimiento informado, acuerdo por la presente liberar al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, a sus profesionales y cuerpo odontológico de alguna responsabilidad con respecto al permiso para este procedimiento odontológico y de los riesgos o resultados desfavorables inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión para dicho tratamiento.

Nombre y firma del
paciente/padre/Responsable

Nombre y firma del
Odontólogo

CASO CONCLUIDO

Prótesis fija: Por este medio hago constar que estoy conforme con la forma y tamaño de la prótesis y autorizo a que se proceda con su cementación.

Prótesis removible: Por este medio hago constar que estoy conforme con la forma y tamaño de la prótesis y acepto la entrega final de la misma.

Se me ha explicado que este es el último momento en el que se puede realizar cualquier modificación a la prótesis a fabricar.

Nombre y firma del paciente: _____

Fecha: _____