

Consentimiento Informado del Paciente

Yo, _____, he sido informado del procedimiento a realizar por la empresa PROGESSA SpA, entendiendo que es para mi propio beneficio. También, reconozco que se me entregará toda la información obtenida de los procedimientos realizados y que sólo con esta autorización, PROGESSA SpA podrá compartir información estadística que haya recolectado con la CAJA DE COMPENSACIÓN DE LOS ANDES.

- Se me ha explicado que no hay forma de predecir la capacidad de recuperación de los tejidos de cada paciente, por lo que es imposible prever garantías respecto del resultado final. En caso de existir modificaciones al tratamiento propuesto originalmente serán explicadas oportunamente y se realizarán solo bajo mi consentimiento, ya que se han tomado en cuenta mis deseos al planificar la rehabilitación de mis dientes, cavidad bucal y anexos, pudiendo sufrir ésta, modificaciones de acuerdo al desarrollo del tratamiento.
- Se me han explicado en forma clara y precisa las principales molestias que puede ocasionar el tratamiento como por ejemplo dolor, adormecimiento de la zona anestesiada, inflamación, hematomas, etc., así como sus principales riesgos como: infecciones, hemorragias y/o complicaciones del mismo procedimiento. De la misma manera se me han entregado indicaciones que buscan disminuir las posibles complicaciones.
- Le he informado al odontólogo tratante acerca de las enfermedades que padezco y todos los medicamentos que ingiero.
- He sido informado(a) de los costos involucrados en mi tratamiento y de las condiciones de pago del mismo, la asistencia a controles y estoy de acuerdo.
- Entiendo plenamente que durante y luego de los procedimientos clínicos o quirúrgicos pueden manifestarse circunstancias que requieran a juicio del profesional tratamientos adicionales o alternativos para el éxito del tratamiento. Como por ejemplo puede ser necesaria la toma de radiografías durante el procedimiento, las que deberían ser canceladas al finalizar el tratamiento.
- Se me advirtió que si soy fumador debo dejar de fumar antes de cualquier cirugía bucal y no hacerlo hasta 30 días después. De no hacerlo corro el riesgo de interferir con el proceso de cicatrización. También debo reducir el consumo de alcohol durante el periodo de cicatrización.
- Se me explicó, además, que, si presento diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada u obesidad, son factores que pueden aumentar mis riesgos en este tipo de tratamientos.

Declaro que he contestado una serie de preguntas respecto del procedimiento, todas las cuales han sido respondidas con información que considero suficiente y aceptable. Por lo tanto, en forma voluntaria doy mi consentimiento para que se me realicen los siguientes procedimientos:

| | | |
|---------------------------|---|--|
| Radiografía dental | Permiten ver lesiones o patologías en dientes y huesos maxilares que el ojo clínico no visualiza. Recomendamos efectuarlas cada seis meses, debido a los constantes cambios en nuestro organismo. | |
|---------------------------|---|--|

| | | |
|--------------------------------------|---|--|
| Operatoria dental | Especialidad destinada a eliminar las lesiones cariosas y sus complicaciones, rehabilitando la pieza dentaria dañada, mediante materiales dentales biocompatibles. | |
| Endodoncia | Especialidad destinada a remover la pulpa dentaria dañada a fin de prevenir complicaciones infectocontagiosas y conservar la estructura dentaria. | |
| Cirugía bucal y maxilofacial | Especialidad quirúrgica que incluye el diagnóstico, cirugía y tratamientos relacionados de un gran espectro de enfermedades, heridas y aspectos estéticos de la boca, dientes, cara, cabeza y cuello. | |
| Prótesis | Fija Rehabilitación estética y funcional del sistema dentario mediante prótesis completamente dento-soportadas, que toman apoyo únicamente en los dientes. Removible Rehabilitación estética y funcional del sistema dentario mediante aparatos removibles para rehabilitar una, varias o todas las piezas perdidas. | |
| Periodoncia | Especialidad destinada a prevenir y tratar las enfermedades que afectan a las encías y tejidos de soporte de las piezas dentarias. | |
| Ortodoncia | Especialidad destinada a tratar las desarmonías dento-maxilo-faciales | |
| Implantología dental | Planificación, colocación y mantenimiento de los implantes dentales, aparatos, prótesis o sustancias que se utilizan para mejorar la salud bucal. El implante osteointegrado se coloca en el hueso maxilar con la finalidad de restituir los dientes perdidos. | |
| Disfunción buco-maxilo-facial | Especialidad odontológica que se encarga del estudio y tratamiento de las enfermedades relacionadas con la mordida del paciente, específicamente aquellas que afectan a los músculos masticatorios y a las articulaciones temporomandibulares. | |
| Odontopediatra | La odontopediatría es la especialidad encargada de prevenir y mantener la salud bucal de niños y adolescentes. Es importante ir al dentista para niños desde los 3 años, con controles periódicos cada seis meses | |

He tomado conocimiento que PROGESSA SpA no se hará responsable de mi condición física como paciente al momento de realizar las prestaciones médicas ambulatorias descritas anteriormente, ni tampoco de los efectos de estas, por la falta de observancia de mi parte, de las recomendaciones dadas por las autoridades de salud.

Por lo anterior, manifiesto tener pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.

Fecha: (día-mes-año)

Rut: -

Firma paciente

*Centro Médico y Dental Progessa SpA – Dirección Alonso Ovalle # 1493, 1er piso, Santiago, RM – Fono 225100023 - 08:30 a 19:00 Horas, de lunes a sábado