CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ODONTOLOGIA FUNCIONAL

Nombre del paciente: Fecha
Edad:
Cedula:

INTRODUCCIÓN
Además de las Disfunciones o Desórdenes Témporo-mandibulares (DTM) hay que considerar que otras áreas vecinas como el cuello, oido y las vértebras están involucradas en los problemas y enfermedades producto de la tensión muscular y los malos hábitos posturales, porque el cuerpo está totalmente integrado y ningún órgano está independiente. Los malos hábitos se van aumentando con el tiempo o la resistencia de los tejidos de soporte va disminuyendo con la edad, por lo que los síntomas aumentan, en especial el dolor, que es un mecanismo de alarma para que el paciente tome acción para mejorar. Esta comprensión integral de las disfunciones de mandíbula y cuello además del estudio de la postura de la cabeza sobre los hombros y su interrelación con la respiración y otras funciones no es nueva.

TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Para poder trabajar no solo abordaremos el área donde el paciente manifiesta dolor o molestia, se ubica el origen de este, explorando músculos específicos viendo su reacción
Se realizará terapia manual, se remitirá donde un kinesiólogo/fisioterapeuta/quiropráctico , en el caso que sea necesario donde un otorrino, todo depende de como vaya evolucionando el paciente
Dentro del tratamiento podemos utilizar diferentes tipos de placas, y desprogramador como medio de diagnostico.

RIESGOS
No hay garantía de ningún tipo con el tratamiento puesto que no solo depende del profesional su recuperación
Al momento de la valoración la cual tardó 3 horas se le indica al paciente que no hay manera de garantizar la nueva posición de la mandíbula por ejemplo: asi que de estar clase 2 puede pasar a clase III o de estar clase I A pasar a clase II, esto se sabrá finalizando el tratamiento, por ende tiene probabilidades altas de necesitar ortodoncia, en el tratamiento no podremos saber como quedará la posición de los dientes así que puede ser un tratamiento posterior algo extenso y requerir otros procedimientos en caso de que el ortodoncista o especialistas que lo aborden lo requieran,
Puede llegar a necesitar rehabilitación en caso que el paciente presente ausencia de dientes , mal pronostico de una pieza el cual se determinará al final no antes.
Puede llegar a necesitar reanatomizacion en dientes a considerar luego de movilizar, posicionar y estabilizar mandíbula.

Se colocaran teff en dientes específicos lo cual nos ayudara a que los cóndilos comiencen a salir en posición correcta, dentro de los efectos de los teff encontraremos extrusión de los dientes puesto que habrá un espacio posterior, primero ayudaremos a estabilizar los cóndilos por ende mandíbula el paciente es consciente que si tarda mucho tiempo con ellos habrá extrusión y necesitará de igual manera ortodoncia es por esto que no hay manera de saber como quedará al final la posición de sus dientes.

El paciente puede ver cambios lentos o rápido no lo determina el profesional cada cuerpo evoluciona de forma diferente
Es necesario que el paciente cuando vaya a iniciar con teff tenga su cavidad oral completamente limpia y al momento de realizar sea ortodoncia, reanatomizacion , rehabilitación debe realizar otra fase higiénica el cual no se encuentra incluida en el tratamiento presupuestado.

Dentro de los cambios que el paciente podrá a comenzar a evidenciar, disminución de sintomatología, simetría en el rostro, cuello, hombros, ojos, disminución o no ruido en su totalidad al abrir o cerrar la boca, disminución en la desviación mandibular

1. Por la presente autorizo al dr /dra y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el tratamiento

2. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos.

3. Soy consciente de que al finalizar tratamiento, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos por todo lo explicado inicialmente. Por la presente autorizo a la dra citada y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por la dra en el momento de iniciar el procedimiento.

4. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido ya que esto no solo es por parte del profesional sino también de la cooperación del paciente , la constancia, la disciplina de todo lo enseñado en el proceso.

5.soy consciente que no puedo pedir reembolso de dinero, luego de haber iniciado tratamiento ni tampoco realizar cambio por otro tratamiento

6. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos, redes sociales o educativos.

7. ME HA SIDO EXPLICADO DE FORMA COMPRENSIBLE:

a. EL TRATAMIENTO CITADO ANTERIORMENTE O PROCEDIMIENTO A REALIZAR.

b. LOS PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS O MÉTODOS DE TRATAMIENTO.

c. LOS RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO PROPUESTO

Firme el siguiente consentimiento: Fecha ( )

DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO

nombre y apellido completo) _____

Huella

Firma_____

Testigo nombres y apellidos:_____

cédula: _____

Firma _____