

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PLACA (FÉRULA) INTEROCLUSAL

* Nombre del paciente

.....
.....

* Nombre del médico que le informa

.....

* Fecha:

.....
.....

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

(Tienes que describir el objetivo, como se realiza (toma de medidas etc..) y cuanto tiempo se debe llevar puesta y, si quieres, el coste)

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Complicaciones poco graves y frecuentes:

Dificultad en la oclusión que requiera un tallado de las piezas dentarias o rehabilitación mediante prótesis

Complicaciones graves y poco frecuentes:

Dificultad en la oclusión que requiera Ortodoncia o Cirugía abierta.

POSIBLES ALTERNATIVAS:

.....
.....

RIESGOS PERSONALIZADOS

.....
.....

Declaro que he sido informado por los médicos de los riesgos de la intervención y que me han explicado las posibles alternativas.

Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia doy mi consentimiento para que se me coloque una PLACA INTEROCLUSAL .

Firma del paciente

Firma del médico

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc.).

.....

Fdo:

D.N.I.:

Revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha finalizado.

Fdo: El paciente Fdo: El médico

Fdo: el representante legal