

**INFORMACIÓN PARA PACIENTES: “CONFECCIÓN DE CARILLAS”**

El presente documento permite entregar información al paciente respecto a la cirugía específica a realizar, por lo que NO CONSTITUYE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El CONSENTIMIENTO INFORMADO, debe ser llenado en el formulario en la página web: www.hospitalcurico.cl, en el enlace: ***https://intranet.hospitalcurico.cl/projects/consentimiento***

**Objetivos del procedimiento:**

Mejorar la estética del diente la cual se ha perdido ya sea por caries, traumatismo, cambio de color o por mal posición en la arcada dentaria.

**Descripción del procedimiento:**

Se debe desgastar toda la zona visible del diente en una profundidad de aproximadamente 2mm en todo lo ancho y lo alto del diente afectado con el fin de remplazar ese desgaste por un material que mejore la estética del diente afectado.

**Riesgos del procedimiento:**

Fractura del diente remanente por el desgaste.

Sensibilidad posterior al procedimiento en dientes que no tienen tratamiento de conducto (tratamiento al nervio).

**Alternativas al procedimiento propuesto:**

Eventualmente podría realizarse una CORONA (funda o diente atornillado) lo cual implicaría, necesariamente, que se deben aumentar el desgaste para poder realizarla.

**Consecuencias de no aceptar el procedimiento:**

Mayor pérdida de la estética.

**Mecanismo para solicitar más información:**

Ante cualquier duda puede solicitar mayor información a su dentista tratante o al Jefe del Servicio de Odontología.

La decisión que usted tome, aceptar o rechazar el procedimiento, puede ser cambiada posteriormente informando a su odontólogo ante de ejecutar el tratamiento

**Revocabilidad**

Se me señala, que hacer si cambio de idea tanto en aceptar o rechazar el procedimiento, cirugía o terapia propuesta.