

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA ORAL

En cumplimiento de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se le presenta para su firma el siguiente documento:

D. /D^a:..... con DNI:..... como paciente
(en caso de menores o incapacitados consignar el nombre y DNI del padre, madre, tutor o persona responsable)
D./D^a:..... DNI:, ha sido
informado/a por el Dr. (nombre del doctor informante), Col. N^o: (n^o de colegiado del doctor) de (ciudad de
colegiación del doctor) sobre los procedimientos quirúrgicos a realizar.

Me doy por enterado/a de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento:

La **cirugía oral** se realiza para resolver determinados problemas de la cavidad oral, tales como: extracción de piezas dentarias o restos incluidos de raíces, apertura mucosa o tracción de dientes retenidos, frenillos labiales, extirpación de quistes maxilares y de pequeños tumores de los mismos o del resto de la cavidad oral. La intervención puede realizarse con anestesia general o local con el riesgo inherente asociado a la misma, que serán informados por su anestesista, y los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que no podré realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo.

Todos estos procedimientos suponen un indudable beneficio, sin embargo no están exentos de complicaciones, algunas de ellas inevitables, siendo las estadísticamente más frecuentes:

- 1- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía.
- 2- Hematoma e hinchazón de la región.
- 3- Hemorragia postoperatoria.
- 4- Apertura de los puntos de sutura.
- 5- Daño a los dientes vecinos.
- 6- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior).
- 7- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o definitiva (de la lengua y del gusto).
- 8- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio infraorbitario (de la mejilla), temporal o definitiva.
- 9- Infección de los tejidos o del hueso.
- 10- Sinusitis.
- 11- Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
- 12- Fracturas óseas.
- 13- Desplazamiento de dientes a estructuras vecinas.
- 14- Tragado o aspiración de dientes o de alguna de sus partes.
- 15- Rotura de instrumentos. Rotura de la aguja de anestesia.
- 16- Infección de los puntos de sutura.
- 17- Asimismo, por sus especiales condiciones personales ya comentadas con el doctor, puede presentar riesgos añadidos que se determinarían en cada caso.

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento descrito.

Consiento en que se tomen fotografías o registros en otros tipos de soporte audiovisual, antes, durante y después de la intervención quirúrgica, para facilitar el avance del conocimiento científico y la docencia. En todos los casos será resguardada la identidad del/de la paciente.

Yo D. /D^a:..... Como paciente (y si procede D. o D^a:.....como padre, madre, tutor o persona responsable), he sido informado/a por el Dr. (nombre del doctor informante), mediante un lenguaje claro y sencillo, me ha dado respuesta a cuantas observaciones he formulado, aclarando todas la dudas, por lo cual comprendo el alcance y el significado de dicha información y **consiento** en realizarme el procedimiento de cirugía oral descrito en el plan de tratamiento. También he sido informado/a de la posibilidad de rechazar este consentimiento por escrito en cualquier momento, haciendo frente a los gastos ocasionados hasta ese momento.

Toledo,.....de.....de 20.....

El paciente (padre madre o tutor)

El Odontólogo informante