

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EXODONCIA QUIRÚRGICA DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS

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 colegiación) de (ciudad de colegiación)
sobre los procedimientos clínicos del procedimiento terapéutico denominado:.....
.....

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

La extracción de las muelas del juicio incluidas está indicada en ocasiones para evitar problemas como: dolor, inflamación, infección, formación de quistes, enfermedad periodontal, caries, maloclusión, pérdida prematura de otros dientes, pérdida prematura de hueso, etc...

Este procedimiento se realiza con el fin de conseguir un indudable beneficio, sin embargo no está exento de posibles complicaciones, algunas de ellas inevitables en casos excepcionales, 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- Infección postoperatoria.
- 5- Apertura de los puntos de sutura.
- 6- Apertura limitada de la boca durante días o semanas
- 7- Daño a los dientes o tejidos vecinos.
- 8- Abandono accidental de un pequeño fragmento de raíz, cuya extracción supondría una ampliación injustificada de la cirugía.
- 9- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior).
- 10- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o permanente (de la lengua y del gusto).
- 11- Sinusitis.
- 12- Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
- 13- Fracturas óseas.
- 14- Desplazamiento de dientes a estructuras vecinas.
- 15- Tragado o aspiración de dientes o de alguna de sus partes.
- 16- Rotura de instrumentos. Rotura de la aguja de anestesia.
- 17- En fumadores, los riesgos de infección o dehiscencia de la herida son mayores.
- 18- La intervención puede realizarse con anestesia local con el riesgo inherente asociado a la misma y los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que no podrá realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo.
- 19- Asimismo, por sus especiales condiciones personales ya comentadas con el doctor, puede presentar riesgos añadidos que se determinaran en cada caso.

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del tratamiento propuesto, así como sus riesgos conocidos y las alternativas terapéuticas. Además en conversación personal con mi cirujano he tenido la oportunidad de consultar y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de valorar debidamente tanto los posibles riesgos como la utilidad y beneficios que puedo obtener.

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