

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCIÓN DE PIEZA DENTARIA

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Este formulario y su conversación con el médico tienen como objetivo ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre su operación. Como miembro del equipo de tratamiento, ha recibido información sobre su diagnóstico, el procedimiento planificado, los riesgos, los beneficios y las alternativas asociadas al procedimiento, y todo costo relacionado. Debe considerar todo esto, incluso la opción de rechazar el tratamiento, antes de decidir si proseguir o no con el procedimiento planificado. El médico está dispuesto a responder cualquier pregunta que usted pueda tener y a brindarle información adicional antes de que usted decida si firmará este documento y se realizará el procedimiento.

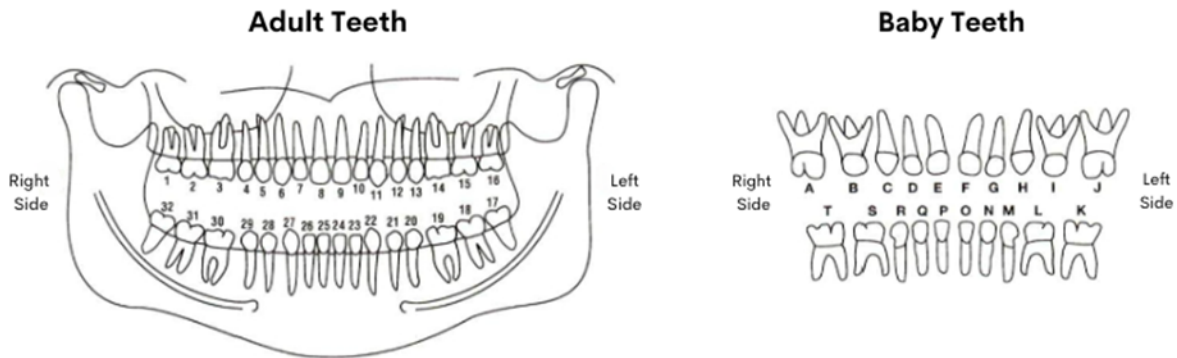


Diagrama solo con fines ilustrativos. Los dientes a tratar pueden estar indicados en el diagrama y/o descritos a continuación.

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Procedimiento: \_\_\_\_\_

Opciones alternativas: \_\_\_\_\_

1. Me han informado y entiendo los posibles riesgos relacionados con este procedimiento quirúrgico, que son los siguientes, entre otros:
  - Dolor, inflamación, sangrado, infección, moretones, demora en la cicatrización, cicatrices, daño a otros dientes o raíces que puede requerir la reparación o extracción del diente, dientes flojos, daño a dispositivos dentales, retención de estructura dental, huesos o materiales extraños en el cuerpo, fisura o estiramiento de las comisuras de los labios, cortes dentro de la boca o en los labios, fractura de mandíbula, presión o daño en las articulaciones de la mandíbula (articulaciones temporomandibulares), dificultad para abrir la boca o masticar, reacción alérgica o adversa a los medicamentos o materiales.
  - Lesión en un nervio, que puede ocurrir por el procedimiento quirúrgico o la administración de anestesia local, y que puede producir alteración o pérdida de sensibilidad, entumecimiento, dolor o alteración de la sensibilidad en el rostro, las mejillas, los labios, el mentón, los dientes, las encías o la lengua (incluso la pérdida del sentido del gusto). Estas

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCIÓN DE PIEZA DENTARIA

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

afecciones pueden desaparecer con el paso del tiempo, pero en algunos casos pueden ser permanentes o requerir otro tratamiento.

- Alvéolo seco (cicatrización lenta) que causa dolor mandibular que aumenta unos días después de la cirugía.
- Se pueden formar crestas filosas o astillas de hueso donde se extrajo el diente y esto posiblemente requiera cirugía adicional.
- Puede dejarse parte del diente o las raíces para evitar daño en los nervios u otras estructuras.
- Puede producirse una abertura desde la boca hacia las cavidades nasales o sinusales.
- Fractura de mandíbula.
- Cicatrización ósea insuficiente, lo cual puede requerir más tratamientos quirúrgicos.
- Comprendo que puede ser necesario un injerto de hueso.

He elegido proseguir con las anestесias indicadas a continuación.

\_\_\_\_\_ Anestesia local

\_\_\_\_\_ Óxido nitroso (gas hilarante)

\_\_\_\_\_ Sedación leve

\_\_\_\_\_ Sedación moderada

\_\_\_\_\_ Sedación profunda (anestesia general)

Me han informado y entiendo los posibles riesgos asociados con la anestesia, que son los siguientes, entre otros:

- Reacciones alérgicas o adversas a medicamentos o materiales.
- Dolor, inflamación, enrojecimiento, irritación, entumecimiento o moretones en la zona donde se coloca la aguja intravenosa. Por lo general, el entumecimiento o el dolor desaparece, pero en algunos casos puede ser permanente.
- Náuseas, vómitos, desorientación, confusión, falta de coordinación y, ocasionalmente, somnolencia prolongada. Algunos pacientes pueden tener memoria de todos o algunos de los acontecimientos del procedimiento quirúrgico después de que este termina.
- Complicaciones cardíacas y respiratorias que pueden causar daño cerebral, accidente cerebrovascular, ataque cardíaco (paro cardíaco) o muerte.
- Dolor de garganta o ronquera si se usa un tubo endotraqueal.

Si he elegido sedación leve, moderada o profunda (anestesia general), no he comido ni bebido nada durante al menos seis (6) horas antes del procedimiento. Entiendo que no cumplir esta condición puede poner en peligro mi vida. Como se me indicó, he tomado mis medicamentos habituales (medicamentos para la presión arterial, antibióticos, etc.) o cualquier otro medicamento que me

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCIÓN DE PIEZA DENTARIA

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

haya dado mi médico con pequeños sorbos de agua solamente. Estoy acompañado por un adulto responsable quien me llevará al consultorio del médico y de regreso y se quedará conmigo después del procedimiento hasta que esté lo suficientemente recuperado como para poder cuidar de mí mismo. Entiendo que el efecto de los fármacos que me administran para este procedimiento puede durar 24 horas. Durante mi recuperación de la anestesia, acepto no manejar, operar maquinaria o dispositivos complejos ni tomar decisiones importantes, como firmar documentos, etc.

2. Se me ha informado y entiendo que es posible que se necesiten visitas o atención de seguimiento, evaluaciones, tratamientos o cirugías adicionales, u hospitalización.

3. Responsabilidades del paciente

Entiendo que soy un miembro importante del equipo de tratamiento. Para aumentar la probabilidad de lograr resultados óptimos, he suministrado una historia clínica completa y precisa, que incluye todas las afecciones dentales y médicas pasadas y presentes, medicamentos recetados y sin receta, alergias, uso de drogas recreativas y embarazo (si corresponde).

Entiendo y acepto que el consumo de tabaco y alcohol es perjudicial para el éxito de mi tratamiento y cumpliré con las instrucciones del médico.

Comprendo que la extracción de una pieza dentaria es un procedimiento irreversible.

Comprendo y acepto seguir todas las instrucciones que me indiquen en este consultorio antes y después del procedimiento, tomar los medicamentos como me los receten, practicar una higiene bucal correcta, acudir a todas las citas, coordinar citas para hacer consultas si surgen complicaciones y terminar el tratamiento. Informaré a mi médico de todo problema posoperatorio en el momento que surja. Mi incumplimiento podría causar complicaciones, riesgos o resultados inferiores a los óptimos.

Entiendo y acepto que el médico no puede garantizar los resultados del procedimiento. He tenido tiempo suficiente para leer este documento, entiendo todo lo que dice y he tenido la oportunidad de que me respondan todas mis preguntas. Al firmar este documento, reconozco y acepto los posibles riesgos y complicaciones del procedimiento y acepto proseguir.

Si estoy sedado o bajo los efectos de anestesia general durante el procedimiento, autorizo al médico a modificar el procedimiento si, según su criterio profesional, es lo más conveniente para mí.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o su representante  
legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del paciente o su representante legal/Relación

\_\_\_\_\_  
Testigo de la firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_