

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIRUJIA ORAL Y EXTRACCIONES DENTALES

ENTIENDO que al someterme a la CIRUJIA ORAL y/o a EXTRACCIONES DENTALES, estoy aceptando posibles riesgos tales como, pero sin limitarse a, los siguientes:

1. **Daño a los nervios.** Estos incluyen los nervios de los labios, la lengua, los tejidos del fondo de la boca, las mejillas, etc. Es posible que este entumecimiento sea solo temporal, durando algunos días, algunas semanas, algunos meses, o incluso permanentemente.
2. **Sangrado y/o contusiones.** El sangrado puede continuar por varias horas. Si es severo y persiste por largo tiempo, es necesario que reciba atención médica. Las contusiones pueden tomar más tiempo en desaparecer.
3. **Problemas con los senos nasales.** En algunos casos, las puntas de la raíz de los dientes superiores se encuentran cerca de los senos nasales. Es posible que durante extracciones o cirujías la membrana de los senos nasales sea perforada. Si esto sucede será necesario reparar los senos nasales con cirugía.
4. **Resequedad en los casquillos.** Esto suele ocurrir algunas veces cuando los dientes son extraídos y algún coágulo no se forma correctamente durante la cicatrización. La sequedad en los casquillos puede ser muy dolorosa.
5. **Infecciones.** A pesar del cuidado que tomamos en esterilizar nuestros instrumentos quirúrgicos, es posible (debido al ambiente no-esteril o infectado de la boca) que algunas infecciones se desarrollen después de la cirugía. Algunas veces es posible que estas infecciones sean serias. Si sufre de hinchazón, especialmente si esta es acompañada de fiebre o malestar, es necesario que reciba atención médica lo más pronto posible.
6. **Fracturas en la mandíbula, raíces, o fragmentaciones de huesos.** Existe la posibilidad, aún cuando se toman las mayores precauciones, de que la mandíbula, las raíces de los dientes o fragmentos de hueso sean fracturados durante estos procedimientos. En tal caso, será necesario referirle a un especialista. En caso de que cirugía extensiva y/o complicaciones sean requeridos, es posible que usted opte por dejar que pequeños fragmentos de raíces o hueso queden alojados en la mandíbula.
7. **Daño incurrido a los dientes o rellenos adyacentes.** Esto puede suceder ocasionalmente aún cuando se tomen cuidados extremos durante cirujías o extracciones.
8. **Endocarditis bacteriana.** Debido a la presencia natural de bacterias en la cavidad oral, es posible que los tejidos del corazón, por razones conocidas o no, sean susceptibles a infecciones bacterianas transmitidas a través del torrente sanguíneo. En caso de que esta endocarditis bacteriana ocurriera, o cualquier otro problema del corazón, es imprescindible que se lo comunique a su médico.
9. **Reacciones secundarias a medicamentos prescritos.** Estas reacciones secundarias, ya sean leves o severas, son posibles cuando es sometido a anestesia u otros medicamentos administrados o prescritos.

10. Es mi responsabilidad el recurrir a atención médica en caso de experimentar problemas postoperatorios y de seguir diligentemente cualquier instrucción preoperatoria o postoperatoria.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la naturaleza y propósito de cirugía oral y/o extracciones dentales y se me ha respondido satisfactoriamente. Voluntariamente me hago responsable por cualquier riesgo, incluyendo daño substancial (si estos existen) que sean asociados con cualquiera de las etapas de este tratamiento. Los resultados esperados pueden o no obtenerse. No se me ha hecho ninguna promesa con respecto a mi recuperación o sobre los resultados que espero recibir. Se me ha informado de las cuotas que deberé pagar por los servicios recibidos y las he encontrado justas. Al firmar este documento, doy mi libre consentimiento para que el Dr. _____ y/o sus asociados me provean con los tratamientos necesarios o recomendables para mi problema dental, incluyendo anestésicos y/o medicamentos.

Nombre del paciente
(escriba en letra
de molde)

Firma del paciente,
guardian legal o
representante autorizado

Fecha

Testigo de firma

Fecha