



# Colegio Odontológico del Perú

## Consejo Administrativo Nacional

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXODONCIA QUIRÚRGICA DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS**

Yo, .....  
COMO PACIENTE, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he sido debidamente INFORMADO/A, por el cirujano abajo firmante, y en consecuencia, le AUTORIZO junto con sus colaboradores, para que me sea realizado el procedimiento denominado .....  
.....

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:

- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía.
- Hematoma e hinchazón de la región.
- Hemorragia postoperatoria. -
- Infección postoperatoria.
- Apertura de los puntos de sutura. -
- Apertura limitada de la boca durante días o semanas -
- Daño a los dientes o tejidos vecinos. -
- Abandono accidental de un pequeño fragmento de raíz, cuya extracción supondría una ampliación injustificada de la cirugía. -
- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior).



# Colegio Odontológico del Perú

## Consejo Administrativo Nacional

- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o permanente (de la lengua y del gusto).
- Sinusitis.
- Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
- Fracturas óseas.
- Desplazamiento de dientes a estructuras vecinas.
- Tragado o aspiración de dientes o de alguna de sus partes.
- Rotura de instrumentos. Rotura de la aguja de anestesia.
- En fumadores, los riesgos de infección o dehiscencia de la herida son mayores.

La intervención puede realizarse con ANESTESIA GENERAL O LOCAL con el riesgo inherente asociado a las mismas, que serán informados por su anestesista; 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.

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.



# Colegio Odontológico del Perú

## Consejo Administrativo Nacional

Yo,  
D/Doña. ....  
.....  
..... (nombre y apellidos, a mano, o pegatina del  
centro sanitario)

COMO PACIENTE (o su representante legal), en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he sido debidamente INFORMADO/A, por el cirujano abajo firmante, y en consecuencia, le AUTORIZO junto con sus colaboradores, para que me sea realizado el procedimiento ..... diagnóstico/terapéutico denominado.....  
.....

En ocasiones excepcionales, durante la cirugía pueden surgir situaciones imprevistas que obliguen al cirujano a realizar algún procedimiento adicional o distinto al planificado. En ese caso, autorizo al cirujano a tomar las decisiones que crea más justificadas y convenientes para mi salud.

Este consentimiento puede ser revocado discrecionalmente por mí, sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones.....  
.....  
.....  
.....

Y, para que así conste, firmo el presente original **después de leído**, por duplicado, cuya copia se me proporciona.

En Lima, a ..... de ..... de.....

El Paciente o  
Representante Legal

El Cirujano Dentista  
COP .....

Decano Nacional: Esp. C.D. David Ignacio Vera Trujillo  
Vicedecano Nacional: Esp. C.D. Elmer Hámilton Salinas Prieto  
Director General Nacional: C.D. Javier Román Quispe Martínez  
Director de Economía Nacional: Mg. C.D. César Augusto Adrianzén Acurio  
Director de Administración Nacional: C.D. Luisa Lozano Guerra  
Director de Logística Nacional: Esp. C.D. Juan Carlos Cerna Basto  
Director de Planificación Nacional: Esp. C.D. Marlon Amilcar Tenorio Anicama

Sede Central  
Calle Océano Ártico 261  
Urb. Santa Constanza, Monterrico,  
Santiago de Surco  
Tel.: (+511) 435-6050 - 434-0969

[www.cop.org.pe](http://www.cop.org.pe)  
[secretariacop@cop.org.pe](mailto:secretariacop@cop.org.pe)