



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA ORAL MENOR

Yo (como paciente), con DNI No.
....., mayor de edad, y con domicilio en
..... o Yo
..... con DNI No., mayor de edad, y con
domicilio en
en calidad de representante legal de

DECLARO

Que el Cirujano Dentista
me ha explicado que el propósito de la intervención de cirugía oral menor es para resolver alguno de los siguientes problemas de la cavidad oral (**borrar los que no correspondan**): **extracción de piezas dentarias o restos apicales incluidos, fenestración o tracción de dientes retenidos, plastia de frenillos labiales, extirpación de quistes maxilares y pequeños tumores de los mismos o del resto de la cavidad bucal y cirugía preprotésica fundamentalmente.**

Para llevar a cabo el procedimiento se aplicará anestesia, de cuyos posibles riesgos también he sido informado/a, es posible que los fármacos utilizados puedan producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que se me ha informado que no podré realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo.

Igualmente, se me ha informado de que existen ciertos riesgos potenciales y complicaciones, algunas de ellas inevitables, concretamente:

- 1) Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes o después de la cirugía.
- 2) Hematoma y edema de la región.
- 3) Hemorragia postoperatoria.
- 4) Dehiscencia de la sutura.
- 5) Daño de dientes adyacentes.
- 6) Hipoestesia o anestesia del nervio dentario inferior, temporal o definitiva.
- 7) Hipoestesia o anestesia del nervio lingual, temporal o definitiva.
- 8) Hipoestesia o anestesia del nervio infraorbitario, temporal o definitiva.
- 9) Infección postoperatoria.
- 10) Osteítis.
- 11) Sinusitis.
- 12) Comunicación buconasal y/o bucosinual.
- 13) Fracturas óseas.



14) Rotura de instrumentos.

Tras la información recibida, he comprendido la naturaleza y propósitos del tratamiento de cirugía que se me va a practicar.

He comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado.

Me queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello,

DOY MI CONSENTIMIENTO, para que se me practique el tratamiento de cirugía.

En Arequipa, a de de

El Paciente o
Representante Legal

Cirujano Dentista
COP

