



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EXODONCIA DE LA TERCERA MOLAR

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 es conveniente en mi situación proceder a la extracción de un cordal o tercer molar por los síntomas y signos que manifiesto.

Entiendo que el objetivo del procedimiento consiste en conseguir eliminar los problemas y complicaciones que su mantenimiento en la boca pueda ocasionar.

Me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor.

Me ha explicado que tendré la sensación de adormecimiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer en dos o tres horas.

También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor, y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar la baja de la presión arterial que, en casos menos frecuentes, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente, e, incluso, excepcionalmente, la muerte.

Comprendo que, aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o hipersensibilidad al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticarias, dermatitis, asma, edema angioneurótico (asfixia), que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.

Aunque se me han practicado los medios diagnósticos que se han estimado necesarios, comprendo que es posible que el estado inflamatorio de la pieza que se me va extraer



pueda producir un proceso infeccioso, que puede requerir tratamiento con antibióticos y antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento puede producirse una hemorragia profusa, que exigiría bloquearse con la colocación en el alvéolo de una sustancia coagulante o mediante sutura. También sé que en el curso del procedimiento pueden producirse, aunque no es frecuente, la rotura de la corona, laceraciones en la mucosa yugal o en la lengua, inserción de la raíz en el seno maxilar, fractura del tabique intrarradicular o de la tuberosidad, que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, en cuyo caso el Cirujano Dentista tomará las medidas precisas, y continuará con la extracción.

Se me informa también que, aunque no es frecuente, puede producirse luxación de la articulación de la mandíbula e incluso fractura del maxilar, en cuyo caso deberé recibir el tratamiento preciso con un especialista en esa materia y ser revisado para control de ese proceso.

También se me ha explicado que, aunque infrecuentemente, y con independencia de la técnica empleada en el procedimiento y de su correcta realización, pueden lesionarse el nervio dentario o el nervio lingual, con pérdida de sensibilidad que normalmente es temporal y desaparece en algunas semanas, pero que puede perdurar durante tres a seis meses, o ser definitiva.

Menos graves resultan las complicaciones infecciosas locales, celulitis, trismo, estomatitis, etc., que suelen poder controlarse farmacológicamente pero que pueden precisar de tratamiento quirúrgico posterior.

He comprendido que, como alternativa a la extracción de la tercera molar, podría recurrir a técnicas conservadoras como la endodoncia y la periodoncia, que descarto por su estado, que también se me ha explicado, y por las consecuencias futuras del estado general de la boca.

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 ha 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 CONSENTIMIENDO, para que se me practique la extracción de la tercera molar.

En Arequipa, a de de

El Paciente o
Representante Legal

Cirujano Dentista
COP