



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 la tercera molar incluídas 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 justificada de la cirugía.
- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior).
- 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



**Colegio de Cirujanos
Dentistas del Perú – Región Arequipa**
Consejo Administrativo Regional

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.

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 Arequipa, a de de

El Paciente o
Representante Legal

Cirujano Dentista
COP