



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EXODONCIA DE PIEZA DENTAL

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 realizar la extracción de una o más piezas dentarias

1.- En consecuencia, comprendo que no mantendré esa o esas piezas dentarias y que, únicamente, podrá ser sustituido por una prótesis o implante. Que podría recurrir a técnicas conservadoras como la periodoncia o la endodoncia, y las descarto por el estado que presenta, y que no hace razonable su conservación.

2.- 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. Asimismo, 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 explicó 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 bajada de tensión 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 alergia al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticaria, dermatitis, asma, edema angioneurótico (asfixia), que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.

3.- La intervención consiste en el empleo alternado de instrumental especializado quirúrgico, aplicando fuerza manual, de leve a moderada, cuya finalidad es movilizar y finalmente extraer del alveolo la pieza o piezas dentales problema.

4.- Aunque se me han realizado los medios diagnósticos que se han estimado precisos, comprendo que es posible que el estado inflamatorio del diente/molar que se me va a extraer pueda producir



Colegio de Cirujanos Dentistas del Perú – Región Arequipa

Consejo Administrativo Regional

un proceso infeccioso, que puede requerir tratamiento con antibióticos y/o antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento puede producirse una hemorragia, que exigiría, para cohibirla, la colocación en el alvéolo de una torunda de algodón seca u otro producto hemostático, incluso sutura. También sé que en el curso del procedimiento pueden producirse, aunque no es frecuente, la rotura de la corona, heridas en la mucosa de la mejilla o en la lengua, intrusión de la raíz en el seno maxilar, fractura del maxilar, 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 pertinentes para continuar con el tratamiento

5.- Mi Cirujano Dentista me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.

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.

Me ha quedado 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 extracción dentaria.

En Arequipa, a de de

El Paciente o
Representante Legal

Cirujano Dentista
COP