



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE APICECTOMÍA

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 realizar cirugía periapical a un diente,
dándome la siguiente información:

1.- El propósito principal de la intervención es eliminar restos de un proceso infeccioso, (granuloma o quiste periapical).

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.

Me ha explicado que tendré la sensación de adormecimiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer en unas 2 o 3 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 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 hipersensibilidad 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 la incisión a nivel de la mucosa, eliminación de la tabla ósea y por la ventana abierta eliminar el ápice de la raíz enferma. Posteriormente se realizaría un legrado de la región apical.



Colegio de Cirujanos Dentistas del Perú – Región Arequipa

Consejo Administrativo Regional

4.- Aunque se me han realizado los medios diagnósticos que se han estimado precisos, comprendo que pueden producirse procesos edematosos, inflamación, dolor, laceraciones en la mucosa de la mejilla o del labio, o en la lengua, 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 facultativo tomará las medidas precisas y continuar el procedimiento. También se ha explicado que, aunque con menos frecuencia, y con independencia de la técnica empleada en el procedimiento y de su correcta realización, puede resultar lesionado el nervio dentario de la mandíbula, lo que implica anestesia o insensibilidad alguna zona de la boca o la cara que puede ser temporal o definitiva; existe también la posibilidad excepcional, e independiente de la técnica empleada y su correcta realización, de lesionar el seno y provocar una sinusitis que deba ser tratada posteriormente por el especialista competente.

5.- El 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, y que por mi situación actual pueden aumentar las complicaciones.

He comprendido lo que se me ha explicado por el facultativo 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 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 apicectomía.

En Arequipa, a de de

El Paciente o
Representante Legal

Cirujano Dentista
COP