

# Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de S.C de Tenerife

Formulario de Consentimiento informado para Tratamientos Odontológicos

D.

con domicilio en

provincia

D.N.I.

de

años de edad,

## DECLARA:

Que el doctor abajo firmante me ha explicado que va a proceder a **la extracción de un canino o colmillo incluido** dentro del maxilar. En consecuencia, comprendo que no mantendré ese diente y que, únicamente, podrá ser sustituido por una prótesis.

Asimismo me ha informado de:

1.- El propósito principal de la intervención es evitar que la evolución derive en un quiste folicular o en desarrollar un ameloblastoma u otro tumor o daño en otros dientes.

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 acorchamiento 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 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, que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.

3.-La intervención consiste en la realización de una incisión en la mucosa, posterior despegamiento y eliminación del hueso que cubre el canino, para que de esta manera se pueda, con instrumental apropiado, eliminarlo.

4.- Aunque se me han realizado los medios diagnósticos que se han estimado precisos, comprendo que es posible que el estado del diente que se me va a extraer pueda producir 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 alveolo de una sustancia coagulante; también sé que en el curso del procedimiento pueden producirse, aunque no es frecuente, la rotura de la corona, laceraciones en la mucosa de la mejilla, en el labio o en la lengua, o inserción de la raíz en el seno 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 facultativo tomará las medidas precisas para continuar con la extracción.

Se me informa también que, aunque no es frecuente, puede producirse luxación de la articulación de la

mandíbula, en cuyo caso deberé recibir el tratamiento preciso con un especialista en esa materia y ser revisado para control de este proceso.

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

5.- El 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 las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones **consiento** que se me practique el tratamiento que me ha explicado el:

Dr. D.  
colegiado N°  
del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de S.C de Tenerife.

En S.C. de Tenerife a

Fdo. ( El paciente)

Fdo. (El Profesional )