

Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de S.C de Tenerife

Formulario de Consentimiento informado para Tratamientos Odontológicos

D./D^a

Con domicilio en

Provincia de

con D.N.I. N^o

de años de edad,

DECLARA:

Que el doctor abajo firmante me ha explicado que es conveniente proceder a realizar un **tratamiento quirúrgico oral**, dándome la siguiente información:

1.- He sido informado y entiendo el propósito y la naturaleza del procedimiento quirúrgico, entiendo también que puede ser necesario abrir el hueso por debajo de las encías.

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 alergia al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticaria, dermatitis, asma, edema angioneurótico (asfixia), que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.

2.- He sido informado de los posibles riesgos y complicaciones propias de la cirugía, las drogas y la anestesia. Tales complicaciones incluyen: Infección, decoloración, pérdida parcial o total de la sensibilidad en el labio, lengua, mentón, mejillas y dientes.

La duración exacta de esta pérdida, no puede determinarse y puede llegar a ser irreversible.

También puede ocurrir: inflamación de los vasos sanguíneos, daños a los dientes presentes, fractura de huesos, penetración en el seno, retraso en la curación y reacciones alérgicas a drogas y/o medicamentos usados.

3.- Entiendo que si no me someto al tratamiento me puede ocurrir: enfermedad ósea, pérdida del hueso, inflamación de las encías, infección, sensibilidad, pérdida de dientes, extracciones, problemas de la articulación temporo-mandibular, dolores de cabeza, de cuello y músculos faciales, dolores musculares y molestias al masticar.

4.- Se me ha informado que no hay un método para poder predecir la capacidad de curación del hueso y de la encías.

5.- Se me ha informado de que el tratamiento quirúrgico falla algunas veces. He sido informado y entiendo que la practica de la odontología no es una ciencia exacta. No se me garantizan ni se me aseguran los resultados quirúrgicos.

6.- Se me ha informado que fumar, beber y tomar azúcar en exceso puede afectar a la curación de mis tejidos.

Me he comprometido a seguir las instrucciones que me sean efectuadas por el dentista y a acudir a cuantas visitas a la consulta el crea necesarias. Estas visitas serán nuevos actos médicos y como tal serán tratados.

7.- Estoy de acuerdo en que el tipo de anestesia a emplear será el elegido por el dentista y me he comprometido a: No conducir, no hacer deporte o cualquier otro tipo de actividad que el doctor no crea oportuno, todo ello mientras duren los efectos de la intervención.

8.- He puesto de manifiesto al doctor que no padezco ningún tipo de enfermedad física ni psíquica, ni conozco ser transmisor de ningún otro tipo de enfermedad. Tampoco soy alérgico a ningún medicamento o anestésico y entiendo poseo una coagulación normal.

9.- Doy autorización para que se me efectúen RX, fotografías y/o sea filmada la intervención que se me efectúe; todo ello para contribuir al avance de la Odontoestomatología.

10.- Autorizo al dentista a realizar cirugía e igualmente autorizo al mismo, si fuera necesario, a efectuar aquellos cambios en cuanto al tratamiento, los materiales y la técnica que estime oportunos, durante la intervención.

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,

Fdo. Paciente

Fdo. Profesional