

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA CIRUGIA PERIAPICAL

Don/Doña

(Nombre y dos apellidos del paciente)

De _____ años de edad, y D.N.I. N°

Con domicilio en

Don/Doña

(Nombre y dos apellidos)

De _____ años de edad, y D.N.I. N°

Con domicilio en

En calidad de

De

Don/Doña

(Nombre y dos apellidos del paciente).

DECLARO

Que el/la Doctor/a:

(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información)

me ha informado que es conveniente proceder, en mi situación, a la CIRUGIA PERIAPICAL

- 1.- El propósito principal de la intervención es eliminar restos de un proceso infeccioso (o granuloma o quiste periapical).
- 2.- El proceso se llevará a cabo bajo anestesia local, de cuyos riesgos también se me ha informado.
- 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.
- 4.- Aunque se me han realizado los medios diagnósticos que se han estimado precisos (radiografía), 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 continuará 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 foramen mentoniano, lo que implica anestesia o insensibilidad en la zona del mentón, 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/la odontólogo/a/estomatólogo/a 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 (diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad) pueden aumentar riesgos y complicaciones como:

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 dar 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 la CIRUGIA PERIAPICAL.

En (LUGAR) :

A fecha de :

Fdo. : El/la Odontólogo/a/Estomatólogo/a

Fdo. : El Paciente