

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 S

y con D.N.I. N°

de

años de edad,

DECLARA:

Que el doctor abajo firmante me ha explicado que va a proceder a la **extracción de un cordal o muela de juicio**. En consecuencia, comprendo que no mantendré esa pieza dental, que únicamente podrá ser sustituido por una prótesis.

Entiendo que el objetivo del procedimiento consiste en conseguir eliminar los problemas y complicaciones posteriores que su mantenimiento en la boca pueda ocasionar.

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.

Aunque se me han practicado los medios diagnósticos que se han estimado precisos (radiografía), comprendo que es posible que el estado inflamatorio de la pieza que se me va a extraer pueda producir un proceso infeccioso, que puede requerir tratamiento con antibióticos y antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento puede producirse una hemorragia profusa, que exigiría coartarse con la colocación en el alvéolo de una sustancia coagulante o mediante sutura. También sé que en el curso del procedimiento pueden producirse, aunque no es frecuente, la rotura de la corona, laceraciones en la mucosa yugal o en la lengua, inserción de la raíz en el seno maxilar, fractura del tabique intrarradicular o de la tuberosidad, 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 con la extracción.

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

la mandíbula e incluso fractura del maxilar, en cuyo caso deberé recibir el tratamiento preciso con un especialista en esa materia y ser revisado para control de ese proceso.

También se me ha explicado que, aunque infrecuentemente, y con independencia de la técnica empleada en el procedimiento y de su correcta realización, pueden lesionarse el nervio dentario o el nervio lingual, con pérdida de sensibilidad que normalmente es temporal y desaparece en algunas semanas, pero que puede perdurar durante tres a seis meses, o ser definitiva.

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

He comprendido que, como alternativa a la extracción del molar de juicio, podría recurrir a técnicas conservadoras como la endodoncia y la periodoncia, que descarto por su estado, que también se me ha explicado, y por las consecuencias futuras del estado general de la boca.

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 Dentistas de S.C de Tenerife.

En S.C. de Tenerife,

Fdo. Paciente

Fdo. Profesional