



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ALVEOLOPLASTÍA/SECUESTRECTOMÍA

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Este formulario y su conversación con el médico tienen como objetivo ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre su cirugía. Como miembro del equipo de tratamiento, se le ha informado su diagnóstico, el procedimiento planeado, los riesgos, los beneficios y las alternativas asociadas con el procedimiento y todo costo relacionado. Debe considerar todo esto, incluso la opción de rechazar el tratamiento, antes de decidir si continúa o no con el procedimiento planeado. El médico responderá cualquier pregunta que pueda tener y le dará información adicional antes de decidir si firma este documento y continúa con el procedimiento.

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Procedimiento: \_\_\_\_\_

Opciones alternativas: \_\_\_\_\_

1. Me han informado y comprendo los riesgos potenciales relacionados con este procedimiento quirúrgico que incluyen, pero no se limitan a los siguientes:
  - Dolor, inflamación, sangrado, infección, hematomas, sanación retardada, cicatrices, daño a otros dientes o raíces que puede hacer necesario reparar el diente o extraerlo, dientes flojos, daño a dispositivos dentales, fisura o estiramiento de las comisuras de los labios, cortes dentro de la boca o en los labios, fractura de mandíbula, presión o daño en las articulaciones de la mandíbula (articulaciones temporomandibulares), dificultad para abrir la boca o masticar, reacción alérgica o adversa a los medicamentos o materiales;
  - Lesión en un nervio, que puede ocurrir por el procedimiento quirúrgico o la administración de anestesia local y que produce alteración o pérdida de sensibilidad, entumecimiento, dolor o alteración de los sentidos en el rostro, las mejillas, los labios, el mentón, los dientes, las encías o la lengua (incluso pérdida del sentido del gusto). Estas afecciones pueden resolverse con el paso del tiempo, pero en algunos casos pueden ser permanentes;
  - Lesión en vasos sanguíneos cercanos, conductos o glándulas salivales;
  - Se pueden formar crestas filosas o astillas de hueso donde se extrajo el diente y esto posiblemente requiera cirugía adicional.
2. He elegido proceder con la(s) anestesia(s) indicada(s) a continuación.
  - \_\_\_\_\_ Anestesia local
  - \_\_\_\_\_ Óxido nitroso (gas hilarante)
  - \_\_\_\_\_ Sedación leve
  - \_\_\_\_\_ Sedación moderada

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Sedación profunda (anestesia general)

Me han informado y comprendo los riesgos potenciales asociados con la anestesia que incluyen, pero no se limitan a los siguientes:

- Reacciones alérgicas o adversas a los medicamentos o materiales;
- Dolor, inflamación, enrojecimiento, irritación, entumecimiento o hematomas en el área donde se coloca la aguja IV. Por lo general, el entumecimiento o el dolor desaparecen, pero en algunos casos, pueden ser permanentes;
- Náuseas, vómitos, desorientación, confusión, falta de coordinación y, ocasionalmente, somnolencia prolongada. Algunos pacientes pueden tener conciencia de todos o algunos de los acontecimientos del procedimiento quirúrgico después de que termine;
- Complicaciones cardíacas y respiratorias que pueden causar daño cerebral, accidente cerebrovascular (embolia cerebral), ataque cardíaco (paro cardíaco) o muerte;
- Dolor de garganta o ronquera si se usa un tubo de respiración.

Si he elegido sedación leve, moderada o profunda (anestesia general), no he comido ni bebido nada durante al menos seis (6) horas antes del procedimiento. Comprendo que incumplir con esta condición puede poner en peligro mi vida. Como se me indicó, he tomado mis medicamentos habituales (medicamentos para la presión arterial, antibióticos, etc.) o cualquier otro medicamento que me haya dado mi médico con pequeños sorbos de agua solamente. Estoy acompañado por un adulto responsable quien me llevará al consultorio del médico y de regreso y se quedará conmigo después del procedimiento hasta que esté lo suficientemente recuperado como para poder cuidar de mí mismo. Comprendo que el efecto de los fármacos que me administran para este procedimiento puede durar 24 horas. Durante mi recuperación de la anestesia, acepto no conducir, operar maquinaria o dispositivos complejos ni tomar decisiones importantes como firmar documentos, etc.

3. Me han informado y comprendo que es posible que sean necesarias visitas o atención de seguimiento, evaluación adicional, tratamiento o cirugía, u hospitalización.

#### 4. Responsabilidades del paciente

Comprendo que soy un miembro importante del equipo de tratamiento. Para aumentar las posibilidades de lograr resultados óptimos, he suministrado una historia clínica completa y precisa, en la que se incluyen todas las afecciones dentales y médicas pasadas y presentes, medicamentos recetados y de venta libre, toda alergia, uso de drogas recreativas y embarazo (si corresponde).

Comprendo que el uso de tabaco y alcohol es perjudicial para el éxito de mi tratamiento.

Acepto seguir todas las instrucciones que me indican en este consultorio antes y después del procedimiento, tomar los medicamentos según la receta, practicar una higiene bucal correcta, cumplir con todas las citas, hacer citas para consulta si surgen complicaciones y completar los cuidados necesarios. Informaré a mi médico todo problema posquirúrgico en el momento en que surja. Mi incumplimiento podría causar complicaciones o resultados inferiores a los óptimos.

Comprendo y acepto que el médico no puede garantizar los resultados del procedimiento. He tenido tiempo suficiente para leer este documento, comprendo las declaraciones precedentes y he tenido la oportunidad de que se respondieran todas mis preguntas. Al firmar este documento, reconozco y acepto los riesgos y las complicaciones posibles del procedimiento y acepto realizármelo.

Si estoy sedado o bajo los efectos de anestesia general durante el procedimiento, autorizo al médico a modificar el procedimiento si, según su criterio profesional, es lo más conveniente para mí.

\_\_\_\_\_

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante legal

Fecha

---

Nombre del paciente o representante legal en imprenta/Relación

---

Firma del testigo (opcional)

---

Fecha

Certifico que he explicado al paciente o al representante legal del paciente la naturaleza, el objetivo, los beneficios, los riesgos conocidos, las complicaciones y las alternativas para el procedimiento propuesto. El paciente o el representante legal del paciente expresaron su comprensión de la información dada. He respondido todas las preguntas a mi leal saber y entender, y considero que el paciente o el representante legal comprenden completamente lo que he explicado.

---

Firma del médico

---

Fecha