



Consentimiento Informado Para  
Cirugía Oral

## **Consentimiento Informado Para Cirugía Oral**

## Consentimiento Informado Para Cirugía Oral

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a la **CIRUGÍA ORAL**

## INFORMACIÓN

La cirugía oral se realiza para resolver determinados problemas de la cavidad oral como: extracción de piezas dentarias o restos apicales incluidos, Fenestración o tracción de dientes retenidos, plastia de frenillos labiales, extirpación de quistes maxilares y pequeños tumores de los mismos o del resto de la cavidad oral, implantes dentarios y cirugía pre protésica fundamentalmente.

Esta cirugía puede realizarse con anestesia local o general con los riesgos inherentes a las mismas.

### **Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar:**

La cirugía oral se utiliza sobre todo para quitar piezas dentarias incluidas o que estén causando dolor o infección, para quitar lesiones precancerosas, para añadir piezas dentarias (implantes), mejorar la colocación de una prótesis.

Se espera obtener una mejor colocación de prótesis, mejor función masticatoria, desaparición de dolor e infección, etc.

### **Alternativas razonables a dicho procedimiento:**

El tratamiento ortodóncico, endodoncias y odontología preventiva. Consecuencias previsibles de su realización:

Tras un periodo de molestias e incapacidad funcional es de esperar la desaparición parcial de la sintomatología que presentaba el paciente y una mejoría en su evolución.

### **Consecuencias previsibles de su no realización:**

En caso de no realizarse la intervención en casos de infecciones o tumoraciones cancerosas se podrá llegar a un empeoramiento del paciente en el primer caso y un desarrollo maligno en el segundo caso, y el no hacer cirugía pre protésica conllevaría un peor asentamiento de la prótesis.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables**: dolor postoperatorio, hemorragia intra o postoperatoria, infección local postoperatoria, hematoma y edema postoperatorio, hipoestesia o anestesia del nervio dentario inferior, lingual e infraorbitario de forma temporal o definitiva, dehiscencia de la sutura, osteítis, sinusitis, fracturas óseas, rotura de implantes, parestesia, alteración de la sensibilidad de áreas faciales u orales, los dientes próximos a la cirugía pueden resultar dañados.

### **Riesgos en función de la situación clínica del paciente:**

Es necesario, por parte del paciente, advertir de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio.

Por la situación vital actual del paciente (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia, edad avanzada), puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico general es mayor.

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.

### **CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento: **CIRUGÍA ORAL**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).