



Consentimiento Informado Para  
Cirugía De Ortognática Y De Las  
Deformidades Dentofaciales

## **Consentimiento Informado Para Cirugía De Ortognática Y De Las Deformidades Dentofaciales**

## Consentimiento Informado Para Cirugía De Ortognática Y De Las Deformidades Dentofaciales

---

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, al tratamiento quirúrgico de  
**ORTOGNÁTICA Y DE LAS DEFORMIDADES DENTOFACIALES**

## INFORMACIÓN

Me han explicado que se realizarán unas osteotomías (cortes), en los huesos maxilares (maxilar superior o mandíbula) y su posterior recolocación en la posición adecuada y fijación con osteosíntesis.

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

Mejorar las relaciones esqueléticas de clase 2 o 3 de Angle y/o las discrepancias verticales o mal oclusiones existentes.

Se espera una mejoría o corrección de la posición de los maxilares y del aspecto estético y funcional.

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

El solo tratamiento ortodóncico, en los casos diagnosticados de quirúrgicos, no es suficiente para alcanzar los objetivos o beneficios antes mencionados, aunque es parte integrante de la pre y post intervención.

### **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 estética.

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

En caso de no realizarse la intervención no se podrá llegar a la corrección o mejoría estética ni dentó facial.

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, paresia o parálisis temporal o permanente del nervio facial, alteración de la sensibilidad de áreas faciales u orales, los dientes próximos a la cirugía pueden resultar dañados y requerir tratamiento e incluso la extracción, mala unión de los fragmentos óseos o recidiva de la deformidad, sinusitis, comunicación oronasal u orosinusal, deformidad del septo nasal, no cumplimiento de las expectativas estéticas y cambios emocionales reactivos a la estética facial modificada, en caso de incisiones extraorales, se pueden producir cicatrices inestéticas.

### **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.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o 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.

**CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico de:

**ORTOGNÁTICA Y DE LAS DEFORMIDADES DENTOFACIALES**

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).