

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS**

Paciente.....(*) Persona responsable.....

Edad..... Cédula de Identidad.....

Domicilio:.....

Ciudad.....Departamento.....

(*) En caso que el/la paciente sea menor de edad o incapacidad para dar el consentimiento.

Declaro que el/la Doctor/a que me atendió en la Clínica Dental _____

me ha explicado que he de realizarme el acto odontológico que se detalla:

Procedimiento a realizar (señalar el que corresponda):

- Cirugía periapical en la(s).....pieza(s) dental(es)

Para satisfacción de los derechos del paciente a la información que dispone la Ley 18.335, DECLARO que se me han expuesto las diferentes posibilidades de tratamiento y riesgos inherentes, tal como se detalla en las páginas siguientes.

He podido hacer las preguntas que he considerado oportunas y las explicaciones que me han proporcionado, han sido en un lenguaje claro y sencillo, que me han aclarado las dudas que he planteado y me permiten comprender los beneficios, las ventajas, exigencias, riesgos terapéuticos y la duración aproximada del tratamiento.

También comprendo que en cualquier momento y sin ninguna explicación puedo revocar el consentimiento que ahora presto con la firma del presente documento.

POR ELLO MANIFIESTO QUE ESTOY SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA y que comprendo el alcance y los riesgos inherentes del tratamiento AUTORIZANDO la intervención bucal arriba indicada.

Por lo que se refiere a la ANESTESIA LOCAL o REGIONAL: El tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local o regional. El propósito principal de la anestesia es interrumpir transitoriamente la función sensitiva con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. La inyección de anestesia puede provocar, localmente, 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 la tensión arterial y sensación de mareo. Aunque hasta la fecha no soy alérgico a la anestesia, esta puede provocar urticaria, dermatitis de contacto general, asma, shock anafiláctico, que pueden requerir tratamiento urgente.

- Se aplicará mediante inyección en la cavidad oral de las sustancias que provocan el bloqueo reversible de la conducción nerviosa, la sensibilidad y el dolor.
- El/la paciente notará una sensación de insensibilidad en la zona anestesiada que desaparecerá de forma espontánea, en dos o tres horas luego de terminar el

procedimiento y tendrá especial cuidado de no morderse la zona que tiene dormida. Evitará masticar hasta que presente una sensibilidad intacta para evitar lesiones en la mucosa de la cavidad oral.

- Alguna vez la aplicación de anestesia local puede provocar la aparición de úlceras en la mucosa oral localizadas en la zona anestesiada, dolor en la zona de inyección de la anestesia, limitación de la abertura bucal por contractura muscular y, menos habitualmente, alteraciones transitorias que pueden requerir un tratamiento posterior.
- Puede provocar alteraciones en la presión sanguínea y, raramente, un síncope o fibrilación ventricular con consecuencias graves, incluso la muerte.
- Puede provocar urticaria o reacciones alérgicas imprevisibles que pueden requerir un tratamiento urgente.
- El componente vasoconstrictor de la anestesia puede provocar, raramente, complicaciones cardíacas en pacientes con alteraciones de corazón, complicaciones que requieren un tratamiento urgente.
- El/la paciente declara que no ha tenido antecedentes de alergia a la anestesia local odontológica, y recibe medicación incompatible.

Por lo que se refiere a la CIRUGÍA PERIAPICAL:

APICECTOMÍA: El propósito principal de la intervención es eliminar un granuloma o quiste periapical. La intervención consiste en la incisión a nivel de la mucosa, la eliminación de la tabla ósea y por la ventana abierta eliminar el ápice de la raíz enferma, legrado y obturación retrógrada.

COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA: Comprendo que es posible que puedan producirse procesos edematosos (hinchazón); inflamación, hematomas, dolor o laceraciones en la mucosa de la mejilla o del labio, o en la lengua, inserción de la raíz en el seno maxilar, fractura de la tuberosidad o de la mandíbula, puede producirse luxación de la articulación témporo-mandibular, que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización; es posible que se produzcan lesiones de tipo nervioso, por afectar a terminaciones nerviosas o nervios próximos, lo que generará pérdida de sensibilidad en los labios, el mentón, la lengua o la encía, según cuál sea el nervio afectado. Generalmente la pérdida de sensibilidad es transitoria, aunque puede llegar a la encía, según cuál sea el nervio afectado. Menos frecuentemente pueden producirse comunicaciones con los senos nasales o con las fosas nasales y lesionar raíces de dientes adyacentes, que pueden requerir tratamiento posterior. Los injertos óseos pueden no prender.

- El motivo de esta intervención es eliminar un proceso infeccioso situado en la raíz de una(s) pieza(s) dental(es), proceso que no ha respondido a otros tratamientos o que no se puede eliminar la infección con otros tratamientos.
- Como acto quirúrgico puede necesitar tratamiento previo y posterior, aunque no presente complicaciones.
- La intervención se realizará con anestesia.
- Se podrían producir procesos inflamatorios, lesiones de las mucosas o de la lengua y dolor que requerirían tratamiento posterior.
- Raramente podrían quedar afectados el seno maxilar o encontrarse posteriormente alteraciones en el nervio más próximo a la intervención, de carácter irreversible en la mayoría de los casos.
- Alguna vez, el tratamiento perfectamente efectuado no es del todo efectivo, y se podría producir una recidiva, es decir, volverse a reproducir el fenómeno infeccioso que se buscó eliminar.

IMPORTANCIA DE MIS ANTECEDENTES: Sé que, si padezco de diabetes, hipertensión, cardiopatía, hemopatía, inmunodepresión, o me encuentro en tratamiento de quimioterapia o radioterapia, entre otras circunstancias, cualquiera aislada, o varias reunidas, pueden aumentar el riesgo de complicaciones.

Entiendo que, al finalizar el tratamiento, he de seguir escrupulosamente las instrucciones de higiene y de mantenimiento que me han explicado, así como la necesidad de visitar periódicamente al/la odontólogo/a, para poder detectar cualquier incidencia y tratar con mejor pronóstico cualquier complicación.

- He recibido las instrucciones personalizadas post intervención quirúrgica.
- He recibido las instrucciones de manejo y cuidado de la prótesis.

CONSENTIMIENTO: Por todo lo anterior, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos inherentes a los tratamientos que me van a realizar y consiento que se me practiquen los tratamientos odontológicos que necesito. Sé que en cualquier momento, puedo revocar el consentimiento que ahora manifiesto, sin expresión de causa.

Firma del paciente o tutor.

(Lugar) _____ Fecha _____

Revocación:

D/Dña.: _____

C.I. _____

Revoco el consentimiento prestado en su día y no deseo proseguir el tratamiento, que doy aquí por finalizado.

(Lugar) _____ Fecha _____

Firma: _____

Aclaración de firma: _____

.....