Formulario de Consentimiento y Permiso Informado - Extracciones

Antes de dar su permiso para la extracción de dientes impactados (aquellos que están “enterrados” o debajo de las encías), otro tratamiento dental o la administración de ciertos anestésicos, debe comprender que existen ciertos riesgos asociados.

Estaremos extrayendo dientes #(s)_____

Los riesgos comunes incluyen, entre otros:

1. Reacciones a medicamentos y efectos secundarios.
2. Daño a los dientes adyacentes o rellenos.
3. Infección postoperatoria
4. Sangrado postoperatorio que puede requerir tratamiento.
5. Posibilidad de que quede un pequeño fragmento de raíz en la mandíbula y su extracción, requiriendo cirugía extensa
6. Retraso en la curación (alveolitis seca) que requiere cuidados postoperatorios frecuentes
7. Posible afectación del seno nasal durante la extracción de los molares superiores, lo que puede requerir tratamiento adicional o reparación quirúrgica en una fecha posterior.
8. Posible afectación del nervio, que incluye, entre otros, la extracción de los molares inferiores, lo que produce hormigueo o entumecimiento temporal o posiblemente permanente, o dolor en el labio inferior, el mentón o la lengua en el lado operado.
9. Moretones y/o inflamación de las venas en el lugar de administración de medicamentos intravenosos, que pueden requerir tratamiento adicional
10. En raras circunstancias, rotura de la mandíbula.
11. Como resultado de la infección o el uso de anestesia, en ocasiones puede haber hinchazón, sensibilidad en los músculos de la mandíbula o incluso entumecimiento resultante de la lengua, los labios, los dientes, la mandíbula y/o los tejidos faciales, que suele ser temporal. En casos raros, como el entumecimiento, puede ser permanente.
12. Otro_____

Me dieron la opción de diferentes técnicas anestésicas y doy mi consentimiento para que se utilicen los siguientes anestésicos:

_____Anestesia local (inyección)
_____Anestesia local (inyección) con sedación intravenosa
_____Anestesia local (inyección) con premedicación oral (pastillas antes del tratamiento)
_____Anestesia general/Sala de operaciones del hospital

Por la presente reconozco que he leído completamente lo anterior, he discutido cualquier pregunta o inquietud que pueda tener con respecto a mi cirugía/tratamiento dental propuesto y he recibido respuestas satisfactorias. Soy consciente de que la práctica de la odontología es una ciencia inexacta y que no se me pueden dar ni me han dado ninguna garantía.

_____Fecha_____
Firma del padre/representante legalmente autorizado

_____Relación_____
Nombre impreso si está firmado en nombre del paciente

_____Fecha_____
Firma del Docotor