Nº Historia:

Nombre:

Apellidos:

# CIRUGÍA ORAL

La cirugía oral se realiza para resolver determinados problemas de la cavidad oral, tales 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 preprotésica fundamentalmente. La intervención puede realizarse con anestesia general o local. Además de los riesgos propios de la anestesia, los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que no se aconseja realizar determinadas actividades tras la operación como, por ejemplo, conducir un vehículo. Todos estos procedimientos suponen un indudable beneficio; sin embargo no están exentos de complicaciones, algunas de ellas inevitables, tales como:

- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado antes, durante o después de la cirugía.
- Hematoma y edema de la región.
- Hemorragia postoperatoria.
- Dehiscencia de la sutura.
- Daño de dientes adyacentes.
- Hipoestesia o anestesia del nervio dentario inferior (temporal o definitiva).
- Hipoestesia o anestesia del nervio lingual (temporal o definitiva).
- Hipoestesia o anestesia del nervio infraorbitario (temporal o definitiva).
- Infección postoperatoria.
- Osteítis (inflamación del hueso).
- Sinusitis.
- Comunicación oronasal y/o orosinusal.
- Fracturas óseas.
- Rotura de instrumentos.

*Si usted o alguna persona autorizada desean mayor información, no duden en consultar a su médico responsable o a cualquiera de los médicos del Servicio que le atienden.*

***RIESGOS PERSONALIZADOS:***

.....

.....



*Consentimiento al dorso.*

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

*Ley 3/2001, Título II (D.O.G. 8/6/01), modificada por Ley 3/2005 (D.O.G. 21/3/05)*

D./Dña. ..... mayor de edad, con D.N.I: ....., vecino/a de ..... calle ..... nº....., teléfono .....

**MANIFIESTO:**

Que he sido informado/a por el/la Dr./Dra. ..... en fecha ...../...../..... (y que me ha sido entregada una copia de la información) del procedimiento: ……..……..……. e igualmente de los beneficios que se esperan y del tipo de riesgos que comporta su realización (complicaciones más frecuentes) y su no realización, así como de las posibles alternativas según los medios asistenciales de este Centro.

Hemos comprendido toda la información que se nos ha proporcionado y nuestras dudas han sido aclaradas satisfactoriamente.

**CONSIENTO:**

A los facultativos del Servicio de …… a que me practiquen el procedimiento referido (descrito en el anverso) y las pruebas complementarias necesarias. Soy conocedor/a de que en caso de urgencia o por causas imprevistas podrán realizarse las actuaciones médicas necesarias para mantenerme con vida o evitarme un daño.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión: Persona que autoriza (familiar o tutor legal)

D./Dña. ……..…, con D.N.I.: ……..

en calidad de …….

Firmo dos ejemplares en A CORUÑA, a ..... de ..... de .....

**Firma del paciente** **Firma del representante legal** **Firma del facultativo**

*He decidido **REVOCAR** mi consentimiento respecto a la realización del procedimiento referido.*

Firma del paciente *(o persona autorizada)* Firma del testigo Firma del facultativo

***(Firmar sólo en caso de revocar el consentimiento previo).*** *Fecha: ...../...../.....*