

# CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGIA ORAL

## Información General

La cirugía oral se realiza para resolver determinados problemas de la cavidad oral como: extracciones de piezas dentarias dañadas, semi-erupcionadas o incluidas tanto óseas (dentro del hueso) o mucosas (bajo la encía), restos apicales incluidos, fenestraciones o tracción de dientes retenidos, remodelación de frenillos labiales y/o linguales, 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 de acuerdo a la necesidad de la patología y con los riesgos inherentes a las mismas.

Consecuencias normales de todo procedimiento de cirugía oral son un período de molestias, inflamación, e incapacidad funcional cuyas intensidades y duración variarán según el tipo de cirugía oral a la que se esté siendo sometido.

Si el paciente está cursando con un cuadro infeccioso o es portador de un proceso tumoral, estas podrían producirle un empeoramiento de su estado general y conllevar una alteración o fracaso del tratamiento.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y una correcta realización de ésta, pueden presentarse efectos indeseables como: dolor postoperatorio, hemorragia intra o post operatoria, infección en la zona de la cirugía, hematoma y gran inflamación postoperatoria, hipoestesia o anestesia del nervio dentario inferior (diente, encía y labio inferior), lingual (lengua) o infraorbitario (labio superior, párpado inferior, ala nasal) en forma temporal o definitiva, pérdida de la sutura, infección del hueso alrededor de la zona donde se realizó la exodoncia, sinusitis, lesión de partes blandas (mejillas, labios, lengua), fractura de huesos maxilares y/o mandíbula, ruptura de instrumentos utilizados en la cirugía, paresia (alteración motora de la cara y/o lengua), alteración en la sensibilidad de áreas faciales u orales, daño en los dientes próximos a la cirugía, impulsar dientes o parte de ellos a espacios vecinos como seno maxilar, piso de boca, mejilla, etc.

Es necesario, por parte del paciente, advertir al cirujano de sus posibles alergias medicamentosas, alteración de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, renales, inmunológicas, existencia de prótesis en cualquier parte del cuerpo, marcapasos, medicaciones actuales o pasadas por tiempos prolongados o cualquier otra circunstancia, que pudiera complicar o agravar el postoperatorio.

La condición del paciente como por ejemplo: diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia, edad avanzada, etc. puede aumentar los riesgos y/o complicaciones de la cirugía.

# CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGIA ORAL

**Paciente**

Don/Doña \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

**Representante**

Don/doña \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

En mi calidad de representante legal, padre, madre o familiar responsable del paciente: \_\_\_\_\_

**Declaro:**

Que el Doctor \_\_\_\_\_, me ha explicado que es necesario la realización del procedimiento \_\_\_\_\_, así como los riesgos que este conlleva, y que he comprendido adecuadamente la información que se me ha entregado, **por lo que autorizo con mi firma la realización de este procedimiento.**

\_\_\_\_\_

Firma

**NO AUTORIZACION**

Que habiendo recibido la información necesaria **no autorizo con mi firma la realización del procedimiento** \_\_\_\_\_, y que asumo plenamente las consecuencias por la no realización del procedimiento señalado, y doy por terminado en este momento mi tratamiento quirúrgico.

\_\_\_\_\_

Firma

Quilpué, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ .