

CW 4608



COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS  
Y ESTOMATÓLOGOS DE LA XI REGIÓN  
(PONTEVEDRA Y OURENSE)

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EXTRACCIÓN DE CORDALES

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se le presenta para su firma el siguiente documento:

D/ña..... Alfonso Sousa Andrade ..... con domicilio en.....  
Provincia de..... con DNI..... 53170074 P .....

### **DECLARO:**

Que el Dr./a..... Jorge Davila ..... odontólogo colegiado n.º..... 36001837 ..... me ha explicado que va a proceder a la extracción del cordal ..... En consecuencia, comprendo que no mantendré dicha pieza dental.

Entiendo que el objetivo del procedimiento consiste en paliar los efectos de la erupción patológica del cordal y evitar que la evolución derive en un quiste folicular o en un ameloblastoma.

Sé que la intervención se llevará a cabo bajo anestesia local, de cuyos posibles riesgos estoy informado.

Aunque se me han practicado los medios diagnósticos que se han estimado precisos, comprendo que es posible que el estado inflamatorio de la pieza que se me va a extraer, pueda producir un proceso infeccioso, que puede requerir tratamiento con antibióticos y antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento pueden producirse una hemorragia profusa, inserción de las raíces en el seno maxilar, fractura de las tablas óseas o de la tuberosidad, que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta utilización, sino que son imprevisibles, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas y continuará con la intervención.

Se me informa también que, aunque no es frecuente, puede producirse luxación de la articulación temporomandibular e incluso fractura del maxilar, en cuyo caso deberé recibir el tratamiento preciso de un especialista.

También comprendo que, aunque infrecuentemente y con independencia de la técnica empleada en el procedimiento y de su correcta realización, puede lesionarse el nervio dentario inferior o el nervio lingual, con pérdida de la sensibilidad que normalmente es temporal y desaparece en algunas semanas, pero que puede perdurar durante tres a seis meses, o ser definitiva

Menos graves resultan las complicaciones infecciosas locales, celulitis, trismo, estomatitis, etc., que suelen controlarse farmacológicamente pero que pueden precisar tratamiento quirúrgico posterior.

### ***Claúsula COVID19***

En condiciones normales los protocolos estrictos de higiene y esterilización permiten asegurar la bioseguridad necesaria al paciente y equipo sanitario.

En esta circunstancia excepcional derivada de la PANDEMIA del COVID-19, dado el alto riesgo de transmisión infecciosa del virus en la ineludible cercanía física al paciente para los tratamientos orales, la generación inevitable de aerosoles aún con todos los medios de protección disponibles en la clínica, además de los necesariamente instaurados a mayores, NO es posible asegurar un RIESGO NULO de transmisión de COVID-19.

Actualmente el RIESGO BIOLÓGICO del COVID-19 aún NO es perfectamente conocido desde el punto de vista científico

Además, aún NO existe VACUNA que permita la inmunización de la población en general o de los grupos poblacionales de riesgo.

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.

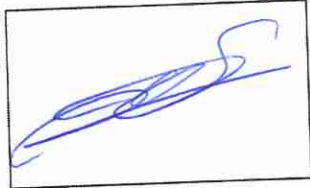
Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Yo, D/Dña. .... como paciente (y si procede D/Dña. .... como padre, madre o tutor) he sido informado/a por el Dr/Dra. ...., y comprendo el alcance y el significado de la información que me han proporcionado sobre los tratamientos ha de realizar y consiento en someterme a los procedimientos quirúrgicos incluidos en el plan de tratamiento, también he sido informado/a de la posibilidad de rechazar este consentimiento por escrito en cualquier momento.


Observaciones:.....  
.....

En Vigo, a 3 de Enero de 2015

El paciente (padre, madre o tutor) DNI



El Odontólogo (y nº de colegiado)



36001837