

170 11627



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

Formulario de Consentimiento informado
para Cirugía Oral

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad.

Yo,

D/ña Rogelio Abil Fernández

como paciente

(o

D/ña

como su representante), en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente,

DECLARO que he sido debidamente INFORMADO/A por el Dr. Uxía Varela


Para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico / terapéutico

ras que de 46, 44, 35 y 36 (10) +
implantopostea de 48 y 35

Me doy por enterado/a de los siguientes extremos relativos a dicho procedimiento:

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 pre-protésica fundamentalmente. La intervención puede realizarse con anestesia general o local con los riesgos inherentes a ellas), y que los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que no podré realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como 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 dentario lingual, temporal o definitiva.
- Hipoestesia o anestesia del nervio dentario infraorbitario, temporal o definitiva.
- Infección postoperatoria.
- Osteítis.
- Sinusitis.
- Comunicación oronasal y/o orosinusal.
- Fracturas óseas.
- Rotura de instrumentos.

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento Además en entrevista personal con el Dr. he sido informado/a, en términos asequibles, del alcance de dicho tratamiento. En la entrevista he tenido oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de ponderar debidamente sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él puedo obtener.


Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado y, por ello, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me practique

Este consentimiento puede ser revocado discrecionalmente por mí, sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.


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

Y, para que así conste, firmo el presente original después de leído, por duplicado, cuya copia se me proporciona.

En Ujo, a 07 de Noviembre de 2014

Firma del paciente
(o su representante legal
En caso de incapacidad)
D.N.I. 34869399L


Firma del médico
Nº Colegiado



En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento

Firma del paciente
D.N.I.