



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

Formulario de Consentimiento informado  
para la extracción de cordales

D./Dña. Daniel Castro Rodríguez  
de ..... años de edad, con DNI nº .....

DECLARO:

Que el Dr./a. D./Dña. Alexia López Silva odontólogo colegiado nº 3600443  
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.

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.

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

Y en tales condiciones, CONSIENTO que se me extraiga el molar.

En Saco, a 11 de Noviembre de 2024

Firmado,

*Daniel*