

RN 17963



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

**Formulario de Consentimiento informado
para la extracción de cordales**

D./Dña. Jose Lago Villar
de años de edad, con DNI nº 36050904-3

DECLARO:

Que el Dr./a. D./Dña. Irene Sánchez odontólogo colegiado nº.....
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 Vigo, a 28 de enero de 2025

Firmado,

El Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Ourense y Pontevedra, de acuerdo con la legislación vigente en España, obliga
a sus colegiados a explicar este formulario a todos los pacientes que van a ser tratados de determinadas enfermedades.