



D/ña Maica Valverde Martinez..... Con domicilio en Vigo.....
Provincia de Pontevedra..... con DNI 36022664H..... DECLARA:

Que el Dr/dra. abajo firmante me ha explicado que el propósito principal es:

- Eliminar restos de un proceso infeccioso (granuloma o quiste periapical).
- Paliar los efectos de la erupción patológica del cordal y evitar que la evolución derive en un quiste folicular o en un ameloblastoma.
- Reposición de dientes perdidos.
- Eliminar placa bacteria que daña el periodonto evitando su desgaste y pérdida.

Facilitándome la siguiente información:

1.- Me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor y de cuyos riesgos he sido informado. Comprendo que aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o hipersensibilidad al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticaria, dermatitis, asma, edema angioneurótico, que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.

2.- El odontólogo me ha informado del proceso a seguir y de las ventajas y posibles inconvenientes de su realización.

3.- Aunque se me han realizado los medios diagnósticos que se han estimado precisos, comprendo que pueden producirse procesos edematosos, infecciosos, inflamación, dolor o cualquier otro tipo de lesión reversible o irreversible que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas y continuará el procedimiento.

4.- El dentista me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación actual pueden aumentar las complicaciones.

5.- También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida, y en tales condiciones consiento que se me practique el tratamiento que me ha explicado el Dr/a colegiado N°.....36001880..... del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Orense y Pontevedra.

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

En Vigo a 15/01/2025.....

Fdo. D/Dña Maica Valverde Martinez (36022664H).....

Fdo. Dr./Dra. Diana Pazo (Num. Col. 36001880).....