



## 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 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.....Josue PÉrez Fernandez..... con domicilio en.....Vigo.....  
Provincia de.....Pontevedra..... con DNI.....767.12500W.....

Como su representante), en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he sido debidamente INFORMADO/A por el Dr. Diana Pazo..... Odontólogo colegiado N°.....36001880..... Para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico / terapéutico:

adsf adsf asdf  
.....  
.....

### 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 definitivo.
- Hipoestesia o anestesia del nervio dentario lingual, temporal o definitivo.
- Hipoestesia o anestesia del nervio dentario infraorbitario, temporal o definitivo.
- Infección postoperatoria.
- Osteítis.
- Sinusitis.
- Comunicación oronasal y/o orosinusal.
- Fracturas óseas.
- Rotura de instrumentos.

### **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.*

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento. Procedim médico..... Además en entrevista personal con el Dr. Diana Pazo..... 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 Trats.....

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

Observaciones: fasd fas dfasd fasdfasd fasd fasd f  
.....  
.....

En tales condiciones, consiento que se me practique el tratamiento que me ha explicado.

En Vigo....., a 05 de 12 de 2024.....

El paciente (padre, madre o tutor) DNI

Josue PÉrez Fernandez (76712500W)

El Odontólogo (y nº de colegiado)

Diana Pazo (Num. Col. 36001880)