

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCION DE CANINOS INCLUIDOS

DECLARO:

Que el Doctor me ha explicado que va a proceder a la EXTRACCION DEL CANINO

1. El propósito principal de la intervención es evitar que la evolución derive en un quiste folicular o en desarrollar un ameloblastoma.
2. La intervención puede precisar de anestesia local, de cuyos riesgos también se me ha informado.
3. La intervención consiste en la realización de una incisión en la mucosa, posteriormente despegamiento y eliminación del hueso que cubre el canino, para que de esta manera podamos, con instrumental apropiado, extraerlo.
4. Aunque se me han realizado los medios diagnósticos que se han estimado precisos (radiografía), comprendo que es posible que el estado inflamatorio del diente que se me va a extraer pueda producir un proceso infeccioso, que puede requerir tratamiento con antibióticos y/o antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento puede producirse una hemorragia profusa, que exigiría, para cohibirla, la colocación en el alvéolo de una gasa seca; también sé que en el curso del procedimiento pueden producirse, aunque no es frecuente, la rotura de la corona, laceraciones en la mucosa de la mejilla o en la lengua, inserción de la raíz en el seno maxilar, fractura del tabique interrredial o de la tuberosidad, 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 con la extracción.

Se me informa también que, aunque no es frecuente, puede producirse luxación de la articulación temporomandibular, en cuyo caso deberé recibir el tratamiento preciso con un especialista en esa materia y ser revisado para control de este proceso.

Menos graves resultan las complicaciones infecciosas locales, celulitis, trismo, estomatitis, que suelen poder controlarse farmacológicamente, pero que pueden precisar tratamiento quirúrgico posterior.

5. El odontólogo 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 (diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad) pueden aumentar riesgos y complicaciones como:

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.

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

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento, y en tales condiciones,

CONSIENTO