

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Página 1 de 3

(Mex vers.5/00)

Usted tiene derecho a que se le informe acerca de su enfermedad y del plan de tratamiento recomendado. Esta información tiene el propósito de ayudarlo a comprender los posibles riesgos y complicaciones del tratamiento, a fin de que pueda decidir si desea otorgar o no su consentimiento.

Nombre del paciente

Fecha de hoy

DESPUÉS DE LEERLO, POR FAVOR PONGA SUS INICIALES ANTES DE CADA PÁRRAFO. SI DESEA FORMULAR ALGUNA PREGUNTA, HÁGASELA A SU MÉDICO **ANTES** DE PONER SUS INICIALES.

- _____ 1. Mi enfermedad se me ha explicado como: cavidad en el diente # ____
- _____ 2. Se me han explicado el o los procedimientos necesarios para tratar mi enfermedad o enfermedades y entiendo que el tratamiento consistirá en: extracción del diente # _____
- _____ 3. Se me ha informado acerca de los posibles métodos alternativos de tratamiento (en caso que los haya), tales como: empastar los dientes, no hay tratamiento

Entiendo que estas otras alternativas, o mi decisión de no recibir ningún tratamiento en absoluto, son opciones entre las que puedo elegir y he sido informado acerca de sus respectivos riesgos.

- _____ 4. Mi doctor me ha explicado que existen ciertos riesgos y efectos secundarios inherentes y potenciales relacionados con el tratamiento propuesto y, en este caso concreto, entre estos riesgos figuran, pero no están limitados a, los siguientes:
- Malestar e hinchazón postoperatorios que pueden requerir varios días de restablecimiento en mi casa.
 - Hemorragias prolongadas o severas que pueden requerir tratamiento adicional.
 - Lesiones o daños a las piezas dentales o empastes adyacentes.
 - Infección postoperatoria que puede requerir tratamiento adicional.
 - Estiramiento de las comisuras de la boca que puede causar agrietamiento o equimosis (moretones) y que podrían tardar en curarse.
 - Restricción de la abertura de la boca durante el proceso de curación, en algunas ocasiones relacionada con hinchazón y dolor muscular y, en otras con tensión en las articulaciones mandibulares (articulaciones temporomandibulares [ATM]), especialmente cuando ya hay problemas de estas últimas.
 - La decisión de dejar una pequeña porción de raíz en la mandíbula cuando la extirpación de la misma requiera atención prolongada o exista riesgo de otras complicaciones.
 - Fractura de la mandíbula (normalmente en extracciones o intervenciones quirúrgicas más complicadas).
 - Heridas en el nervio subyacente de las piezas dentales inferiores, las cuales darían como resultado dolor, entumecimiento, hormigueo u otros trastornos sensoriales en

el mentón, labios, mejillas, piezas dentales, encías o lengua, y que podrían persistir durante varias semanas o meses o, en raras ocasiones ser permanentes.

- Apertura del seno paranasal (una cámara normal situada encima de los dientes superiores), que requiera cirugía o tratamientos adicionales.
- Alveolo seco*** (pérdida del coágulo de sangre del sitio operado).
- Reacciones alérgicas (desconocidas antes de la intervención) a cualquier medicación utilizada en el tratamiento.

_____ 5. Se me ha explicado que durante el curso del tratamiento existe la posibilidad de que se presenten problemas no previstos que pudieran requerir cambios en el procedimiento señalado en el párrafo 2 de la página anterior. Autorizo a mi doctor y al personal médico a utilizar su criterio profesional para llevar a cabo los procedimientos adicionales que sean necesarios y convenientes para llevar a cabo mi intervención quirúrgica.

_____ 6. **ANESTESIA**

El tipo de anestesia que he elegido para la intervención es:

- ρ Anestesia Local
- ρ Anestesia Local con Analgesia y Óxido Nitroso/Oxígeno
- ρ Anestesia Local con Premedicación Oral
- ρ Anestesia Local con Sedación Intravenosa
- ρ Anestesia General

_____ 7. Los **RIESGOS DE LA ANESTESIA** son: malestar, hinchazón, equimosis (formación de moretones), infección, entumecimiento prolongado y reacciones alérgicas. Existe la posibilidad de que se presente inflamación (flebitis) en el sitio de una inyección intravenosa, la cual puede causar molestias y/o incapacidad prolongadas y que podrían requerir atención especial. Las náuseas y el vómito, aunque son poco frecuentes, pueden ser efectos secundarios de la anestesia IV. La anestesia intravenosa es un procedimiento médico serio*** y, aunque se considera seguro, conlleva los riesgos poco frecuentes de irregularidades cardíacas, ataque al corazón, accidente cerebrovascular, lesión cerebral o incluso la muerte.

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Página 3 de 3

- _____ 8. **SUS OBLIGACIONES EN CASO DE QUE SE UTILICE ANESTESIA INTRAVENOSA:**
- A. Puesto que las medicaciones anestésicas causan somnolencia prolongada, DEBE estar acompañado por un adulto responsable para que le lleve a casa y permanezca con usted hasta que se haya restablecido lo suficiente para cuidar de sí mismo. Este acompañamiento puede ser hasta por 24 horas.
 - B. Durante el periodo de restablecimiento no deberá conducir vehículos, operar maquinaria o dispositivos complejos, ni tomar decisiones de negocios importantes.
 - C. Debe tener el estómago totalmente vacío. ES DE VITAL IMPORTANCIA QUE NO COMA NI BEBA NADA DURANTE LAS 6 HORAS ANTES DE SU ANESTESIA. DE NO HACERLO, ¡PODRÍA PONER EN PELIGRO SU VIDA!
 - D. **Sin embargo**, es importante que tome todas las medicinas habituales (para presión arterial alta, antibióticos, etc.) o cualquier medicación proporcionada en este centro de salud, **sólo con un pequeño sorbo de agua.**
- _____ 9. Se me ha explicado y entiendo por completo que ni se garantiza ni se puede garantizar un resultado óptimo.
- _____ 10. He leído y entiendo por completo este formulario de consentimiento para la intervención quirúrgica y se han contestado todas mis preguntas antes de poner mis iniciales o mi firma.

FAVOR DE PREGUNTARLE A SU MÉDICO SI TIENE DUDAS ACERCA DE ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO.

Firma del paciente o del tutor legal

Fecha

Firma del médico

Fecha

Firma del testigo

Fecha

(Mex vers. 5/00)