



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGIA –
EXTRACCION Y ANESTESIA LOCAL**

VERSION: 01

COD: C.E.-FT-003

Nombre Paciente: _____

Fecha: _____

Hora: _____

H.C.: _____

Apreciado Usuaría:

Usted va a ser sometido a un procedimiento de Odontología: Extracción de dientes sin complicación y aplicación de Anestesia local, para realizar el procedimiento antes mencionado

Otorgo mi consentimiento al Dr(a). _____ Para que realice la extracción del diente. Manifiesto haber sido informados y comprender claramente la conveniencia de la extracción del diente y las consecuencias de no llevar a cabo dicho tratamiento, así como las complicaciones que pudieren asociarse con la mencionada extracción, las cuales incluyen (aunque no se limitan) las siguientes:

1. Molestias postoperatorias que pueden durar desde unas horas hasta varios días y para lo cual se administrara medicación en caso de ser necesario.
2. Tumefacción postoperatoria del área gingival en la vecindad del diente extraído o tumefacción facial, las cuales pueden persistir durante varios días.
3. Infección, para las cuales se indicará medicación.
4. Trismus, (limitación de la apertura de la boca), que usual mente dura varios días, pero persiste durante un periodo más prolongado.
5. Posibilidad de producirse comunicación bucosmusal.
6. Parestesia (perdida de sensibilidad). Alveolitis (infección del alvéolo para lo cual se indicará medicación). Fractura del elemento (y excepcionalmente ósea).

Indicaciones:

- Cuando llegue a su casa, después del procedimiento conviene guardar reposo por algunas horas, con la cabeza en alto. Colocar una bolsa de hielo en la cara, sobre la región operada, durante quince minutos y quince minutos de descanso, intercalando por el término de varias horas. Con este método se logrará combatir el edema (hinchazón) postoperatorio.
- No realizar enjuagatorios hasta que hayan pasado por lo menos 6 horas desde el momento de la intervención.
- La gasa protectora de la herida colocada por el profesional en el consultorio, retirarla al cabo de 1 hora de finalizada la intervención. Si le sangra en horas durante las cuales no pudiera concurrir al consultorio, haga un bollo de gasa esterilizada del tamaño de una nuez y aplíquela sobre la herida apretando fuertemente sobre los dientes antagónicos. Conservarla en un sitio hasta que vuelva al consultorio que ha de ser lo antes posible. No ingiera alimentos muy calientes (sopas), ni realice succiones con mucha fuerza pues puede disolver el coagulo sanguíneo y provocar hemorragias o infecciones.

Medicación indicada:

Todas mis dudas han sido aclaradas y estoy completamente de acuerdo con lo consignado en este formato por el exclusivo interés de mi salud.

Asimismo, doy consentimiento para la administración de anestesia local que se aplicara para la realización de dicho tratamiento y me comprometo a la consulta de seguimiento.

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 impulsos nerviosos de tal manera que se inhibe transitoriamente la función sensitiva con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. Me ha explicado que tendré la sensación de acorchamiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer espontáneamente en dos o tres horas. También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor y, menos



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGIA –
EXTRACCION Y ANESTESIA LOCAL**

VERSION: 01

COD: C.E.-FT-003

frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar bajada de tensión que, en casos menos frecuentes, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente, e, incluso, excepcionalmente, la muerte. También se me ha explicado que, aunque tampoco de mis antecedentes se deduce ningún tipo de patología cardiovascular, uno de los componentes de la anestesia, la adrenalina, puede llegar a favorecer la aparición de una cardiopatía isquémica que debe ser tratada posteriormente. 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

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad legal para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de éste, contenida en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa y en relación con el paciente correspondiente, para cuyos efectos lo suscribe.

Firma del Paciente

C.C. No.

Firma del Responsable

C.C: No.

Firma de quien diligencia el consentimiento

Nombre

cargo