

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO – EXTRACCIÓN

Lugar y fecha _____

El/la que suscribe _____, DNI N° _____, con domicilio _____ otorgo mi consentimiento a _____ propuesto por el/la Dr/a _____.

A propósito declaro haber sido informado y haber comprendido acabadamente la conveniencia de la extracción del elemento _____ 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) a las siguientes:

- ◆ Molestias postoperatorias que pueden durar desde unas horas hasta varios días y para lo cual se administrara medicación en caso de ser necesario.
- ◆ Tumefacción post-operatorio del área gingival en la vecindad del diente extraído o tumefacción facial, las cuales pueden persistir durante varios días.
- ◆ Infección, para las cuales se indicara medicación.
- ◆ Trismus, (limitación de la apertura de la boca), que usualmente dura algunos días pero puede persistir durante un periodo mas prolongado.
- ◆ Posibilidad de producirse comunicación Bucosinusal (_____).
- ◆ 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 de la operación 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, por el término de varias horas. Con este método se logra combatir el edema (hinchazón) post-operatorio.

No realizar enjuagatorias 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. Consérvela en su 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 (mate) pues puede disolver el coágulo sanguíneo y provocar hemorragias o infecciones.

Medicación Indicada:

Todas mis dudas han sido aclaradas y estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta formula de consentimiento. Si al momento de la intervención surgiera una situación anátomo-patológica distinta y más grave a la prevista, doy mi consentimiento para que se actúe del modo más conocido, según la ciencia y conciencia respecto a lo programado, por el exclusivo interés de mi salud.

Asimismo, doy consentimiento para la administración de anestesia local que se aplicará para la realización de dicho tratamiento y me comprometo a regresar a la próxima consulta el día ___/___/___ Hora _____.

Firma del paciente o Representante

Firma del Profesional