

--	--	--	--	--	--	--

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Inicial                      Fecha de Nacimiento

Por la presente autorizo \_\_\_\_\_  
Nombre del/a Doctor/a

y quienquiera que él / ella puede designar como su / sus ayudantes, para realizar sobre mí la siguiente operación y / o procedimiento:

Solicito y autorizo a él / ella haga lo que él / ella juzgue conveniente si cualquier condición imprevista surge en el curso de operaciones no designado y / o procedimientos de llamada, a su juicio, para los procedimientos adicionales o diferentes de los que ahora se contempla.

Doy mi consentimiento para el tratamiento anterior, después de haber sido advertido de los riesgos, las ventajas y desventajas del tratamiento y las consecuencias si se ha sostenido este tratamiento.

Doy mi consentimiento para el plan de tratamiento más arriba después de haber sido advertido de los planes alternativos de tratamiento disponibles y los riesgos materiales conocidos, ventajas y desventajas del tratamiento alternativo.

Además doy mi consentimiento para la administración de anestesia local o general, antibióticos, analgésicos o cualquier otro fármaco que se consideren necesarias en mi caso, y entiendo que aquí hay un ligero elemento de riesgo inherente a la administración de cualquier fármaco o anestesia. Este riesgo incluye la respuesta adversa a un medicamento (por ejemplo, reacciones alérgicas), paro cardíaco, y la aspiración, y tromboflebitis (por ejemplo, la irritación y la inflamación de una vena), el dolor, la decoloración y el daño a los vasos sanguíneos y los nervios que pueden ser causados por inyecciones de algún medicamento o drogas.

Se me ha informado y entiendo completamente que inherente a cualquier tipo de cirugía son ciertas complicaciones inevitables. En la cirugía oral, la más común de estas complicaciones incluyen sangrado postoperatorio, hinchazón o moretones, molestias, mandíbulas rígidas, pérdida o aflojamiento de restauraciones dentales. Las complicaciones menos comunes pueden incluir infección, pérdida o daño a los dientes adyacentes y los tejidos blandos, trastornos nerviosos (por ejemplo, entumecimiento de la boca y los tejidos del labio), fracturas de la mandíbula, la exposición del seno y la deglución o aspiración de los dientes y restauraciones, y pequeños fragmentos de raíces que quedan en la mandíbula que podría requerir una cirugía extensa para su eliminación.

Me doy cuenta de que a pesar de las posibles complicaciones y riesgos, mi cirugía / tratamiento contemplado es necesario y deseado por mí. Soy consciente de que la práctica de la odontología y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se han hecho garantías yo referente a los resultados de la operación o procedimiento.

He proporcionado tan preciso y completar la historia clínica y personal posible, inclusive antibióticos, drogas, medicamentos y alimentos a los que soy alérgica. Voy a seguir cualquier y todas las instrucciones como se explica y dirigido a mí y permitan prescrito procedimientos de diagnóstico.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas y explicaciones de respuesta para, todas las preguntas sobre mi condición médica, contemplado y tratamiento alternativo y procedimientos y el riesgo y complicaciones potenciales de los tratamientos y los procedimientos previstos y alternativas, antes de la firma del presente formulario.

Firma del Paciente o Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del Doctor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO