

Consentimiento Informado para cirugía oral menor y exodoncia

Establecimiento de salud	Servicio	
Nombre del usuario	N.º de identificación	Edad
Nombre del profesional que informa	Código profesional	
Nombre del profesional que realiza el procedimiento	Código profesional	

Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.

Descripción del procedimiento: las cirugías orales son procedimientos realizados dentro de la boca, como la extracción de dientes, cirugía de los tejidos circundantes y toma de muestras para biopsias. El profesional le explicará el procedimiento recomendado y anotará en observaciones los detalles específicos.

Para estos procedimientos, se utiliza anestesia para evitar el dolor. Puede ser local, donde solo se adormece el área de la boca donde se realizará el procedimiento, permitiéndole estar despierto(a) pero sin dolor; o general, que duerme al paciente por completo durante la cirugía. La anestesia general se administra en una sala de operaciones y se evaluará su salud antes de aplicarla para garantizar su seguridad.

El profesional tratante le explicará qué tipo de anestesia se usará en su caso específico y responderá cualquier duda que pueda tener.

Objetivo y beneficios esperables: con este procedimiento se pretende hacer diagnóstico de algunas enfermedades orales, mantener o mejorar la salud oral y, en algunos casos, facilitar su posterior rehabilitación.

Alternativas disponibles: el profesional le explicará y anotará en observaciones las alternativas disponibles para su condición.

Consecuencias previsibles: los primeros días después del tratamiento podrían presentarse molestias, inflamación, leve sangrado y dificultad para comer o hablar; esto desaparece generalmente durante la primera semana posterior al tratamiento.

Riesgos más frecuentes: cualquier procedimiento tiene riesgos. En este caso se podría presentar: dolor, sangrado durante o después de la cirugía, moretes, inflamación en la boca o infección.

Riesgos más graves: son menos frecuentes e incluyen: alteración parcial o total de la sensibilidad de la cara de forma temporal o definitiva, mal sanado de la encía, infección en el hueso de la mandíbula, infección en los senos maxilares, movilidad de piezas dentales, fracturas óseas, comunicación entre el seno maxilar y la boca, introducción de restos al seno maxilar, dientes dañados con los instrumentos, tragarse un cuerpo extraño o reacciones alérgicas al látex o a la anestesia, que pueden incluso comprometer la vida. De presentarse cualquiera de los casos mencionados, usted será atendido por el personal médico de la institución.

Riesgos por su condición de salud: el profesional le explicará y anotará en observaciones cualquier condición o enfermedad que usted padezca y que pueda representar un riesgo adicional para la intervención.

Información de interés:

- En casos excepcionales, algunas cirugías orales podrían requerir una transfusión de sangre. Si usted no desea recibir una transfusión, el equipo de salud evaluará otras alternativas.



- En caso de emergencia durante el procedimiento, se tomarán todas las medidas necesarias para proteger su salud y su vida.
- Usted tiene derecho a cambiar de opinión en cualquier momento antes del procedimiento.
- La aceptación del procedimiento no exime de responsabilidad legal o administrativa al profesional o a la institución en caso de negligencia.

Dudas planteadas por el paciente: el profesional responderá y anotará en observaciones las preguntas que usted tenga, en caso de ser necesario.

Observaciones:

Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado: declaro que toda la información que he proporcionado sobre mi condición de salud es cierta, y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado. También declaro que me han explicado oralmente el procedimiento: cómo se realiza, riesgos, complicaciones y alternativas, y me han aclarado todas las dudas. Además, declaro que conozco que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización del procedimiento.

De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:

¿Acepta someterse al procedimiento propuesto?		(SI)	(NO)
_____	_____	_____	_____
Firma o huella del usuario	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma o huella del representante	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma del profesional que informa	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma del profesional que realiza la intervención	Fecha	Hora	

Firmas de los testigos: nosotros, los abajo firmantes, damos fe de que la persona usuaria:

- Ha impreso su huella digital en nuestra presencia, en señal de aceptación del procedimiento o actividad anteriormente indicado.
- Ha delegado en nuestra presencia el derecho de autorizar el procedimiento o intervención propuesta.

_____	_____	_____	_____
Nombre de la persona a la que se delega	Firma o huella	Identificación	Fecha
_____	_____	_____	_____
Nombre del testigo 1	Firma o huella	Identificación	Fecha
_____	_____	_____	_____
Nombre del testigo 2	Firma o huella	Identificación	Fecha



De requerirse practicar otros procedimientos no contemplados en este Consentimiento Informado, se deberán utilizar formularios adicionales, digitalizarlos e incorporarlos al Expediente de Salud mediante el Asistente EDUS.

Revocatoria: en caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)

He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento o intervención que había autorizado.			
_____	_____	_____	_____
Nombre del usuario o del representante	Firma o huella	Identificación	Fecha