

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-19

Cirugía Oral

Rev. 04

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

La cirugía oral se utiliza sobre todo para quitar piezas dentarias incluidas o que estén causando dolor o infección, para quitar lesiones precancerosas, para añadir piezas dentarias (implantes), mejorar la colocación de una prótesis. Se espera obtener una mejor colocación de prótesis, mejor función masticatoria, desaparición de dolor e infección, etc.

CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGIA ORAL (En qué consiste)

La cirugía oral se realiza para resolver determinados problemas de la cavidad oral como: extracción de piezas dentarias o restos apicales incluidos, fenestración o tracción de dientes retenidos, plastia de frenillos labiales, extirpación de quistes maxilares y pequeños tumores de los mismos o del resto de la cavidad oral, implantes dentarios y cirugía preprotésica fundamentalmente.

RIESGOS POTENCIALES DE LA CIRUGIA ORAL

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables: dolor postoperatorio, hemorragia intra o postoperatoria, infección local postoperatoria, hematoma y edema postoperatorio, hipoestesia o anestesia del nervio dentario inferior, lingual e infraorbitario de forma temporal o definitiva, dehiscencia de la sutura, osteítis, sinusitis, fracturas óseas, rotura de implantes, paresia, alteración de la sensibilidad de áreas faciales u orales, los dientes próximos a la cirugía pueden resultar dañados

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

El tratamiento ortodóncico, endodoncias y odontología preventiva.

En caso de no realizarse La intervención en casos de infecciones o tumoraciones cancerosas se podrá llegar a un empeoramiento del paciente en el primer caso y un desarrollo maligno en el segundo caso, y el no hacer cirugía preprotésica conllevaría un peor asentamiento de la prótesis.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-19

Cirugía Oral

Rev. 04

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Cirugía Oral**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Cirugía Oral**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Cirugía Oral** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)