

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA LOCAL**

D. \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_  
y con D.N.I nº \_\_\_\_\_.

D. \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_  
y D.N.I nº \_\_\_\_\_ en calidad de (representante legal, familiar o allegado) \_\_\_\_\_  
de (nombre y dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_

### **DECLARO:**

Que el Dr. D. \_\_\_\_\_

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 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

### **CONSIENTO**

en que se me administre anestesia local

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2003

Fdo.: EL PROFESIONAL

Fdo.: EL PACIENTE

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCION SIMPLE**

D. \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_  
y con D.N.I nº \_\_\_\_\_.

D. \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_  
y D.N.I nº \_\_\_\_\_ en calidad de (representante legal, familiar o allegado) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de (nombre y dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_

### **DECLARO:**

Que el Dr. D. \_\_\_\_\_

Me ha explicado que va a proceder a la extracción del diente/molar \_\_\_\_\_. En consecuencia, comprendo que no mantendré ese diente/molar, que únicamente podrá ser sustituido por una prótesis.

Sé que el procedimiento se llevará a cabo bajo anestesia local, de cuyos posibles riesgos también me ha informado.

Aunque se me han practicado los medios diagnósticos que se han estimado precisos (radiografía), comprendo que es posible que el estado inflamatorio de la pieza que se me va a extraer pueda producir un proceso infeccioso, que puede requerir tratamiento con antibióticos y antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento puede producirse una hemorragia profusa, que exigirá coartarse con la colocación en el alvéolo de una torunda de algodón seca. También sé que en el curso del procedimiento pueden producirse, aunque no es frecuente, la rotura de la corona, laceraciones en la mucosa yugal o en la lengua, inserción de la raíz en el seno maxilar, fractura del tabique intrarradicular o de la tuberosidad, que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas, y continuará con la extracción.

Se me informa también que, aunque no es frecuente, puede producirse luxación de la articulación temporomandibular e incluso fractura del maxilar, en cuyo caso deberé recibir el tratamiento preciso con un especialista en esa materia y ser revisado para control de ese proceso.

He comprendido que, como alternativa a la extracción del diente molar, podría recurrir a técnicas conservadoras como la endodoncia y la periodoncia, que descarto por el estado, que también se me ha explicado, de la pieza dental, hace imposible su conservación.

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

### **CONSIENTO**

que se me extraiga el diente/molar

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2003

Fdo.: EL PROFESIONAL

Fdo.: EL PACIENTE

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCION DE CORDALES**

D. \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_  
y con D.N.I nº \_\_\_\_\_.

D. \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_  
y D.N.I nº \_\_\_\_\_ en calidad de (representante legal, familiar o allegado) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de (nombre y dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_

### **DECLARO:**

Que el Dr. D. \_\_\_\_\_

Me ha explicado que va a proceder a la extracción del diente/molar \_\_\_\_\_. En consecuencia, comprendo que no mantendré esa pieza dental, que únicamente podrá ser sustituida por una prótesis.

Entiendo que el objetivo del procedimiento consiste en conseguir espacio para que la alineación de los dientes sea correcta, estética y funcionalmente. Sé que el procedimiento se llevará a cabo bajo anestesia local, de cuyos posibles riesgos también se me ha informado.

Aunque se me han practicado los medios diagnósticos que se han estimado precisos (radiografía), comprendo que es posible que el estado inflamatorio de la pieza que se me va a extraer pueda producir un proceso infeccioso, que puede requerir tratamiento con antibióticos y antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento puede producirse una hemorragia profusa, que exigirá coartarse con la colocación en el alvéolo de una torunda de algodón seca. También sé que en el curso del procedimiento pueden producirse, aunque no es frecuente, la rotura de la corona, laceraciones en la mucosa yugal o en la lengua, inserción de la raíz en el seno maxilar, fractura del tabique intrarradicular o de la tuberosidad, que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas, y continuará con la extracción.

Se me informa también que, aunque no es frecuente, puede producirse luxación de la articulación temporomandibular e incluso fractura del maxilar, en cuyo caso deberé recibir el tratamiento preciso con un especialista en esa materia y ser revisado para control de ese proceso.

También se me ha explicado que, aunque infrecuentemente, y con independencia de la técnica empleada en el procedimiento y de su correcta realización, pueden lesionarse el nervio dentario o el nervio lingual, con pérdida de sensibilidad que normalmente es temporal y desaparece en algunas semanas, pero que puede perdurar durante tres a seis meses, o ser definitiva.

Menos graves resultan las complicaciones infecciosas locales, celulitis, trismo, estomatitis, etc., que suelen poder controlarse farmacológicamente pero que pueden precisar de tratamiento quirúrgico posterior.

He comprendido que, como alternativa a la extracción del diente molar, podría recurrir a técnicas conservadoras como la endodoncia y la periodoncia, que descarto por el estado, que también se me ha explicado, de la pieza dental, hace imposible su conservación.

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

### **CONSIENTO**

que se me extraiga el diente/molar

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2003

Fdo.: EL PROFESIONAL

Fdo.: EL PACIENTE

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCION DE CANINOS INCLUIDOS**

D. \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_  
y con D.N.I nº \_\_\_\_\_.

D. \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_  
y D.N.I nº \_\_\_\_\_ en calidad de (representante legal, familiar o allegado) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de (nombre y dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_

### **DECLARO:**

Que el Dr. D. \_\_\_\_\_

Me ha explicado que va a proceder a la extracción del diente/molar \_\_\_\_\_. En consecuencia, comprendo que no mantendré esa pieza dental, que únicamente podrá ser sustituida por una prótesis.

Entiendo que el objetivo del procedimiento consiste en evitar que la evolución derive en un quiste folicular o en desarrollar un ameloblastoma.

Se que el procedimiento se llevará a cabo abajo anestesia local, de cuyos posibles riesgos también se me ha informado.

Aunque se me han practicado los medios diagnósticos que se han estimado precisos (radiografía), comprendo que es posible que el estado inflamatorio de la pieza que se me va a extraer pueda producir un proceso infeccioso, que puede requerir tratamiento con antibióticos y antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento puede producirse una hemorragia profusa, que exigirá coartarse con la colocación en el alvéolo de una torunda de algodón seca. También sé que en el curso del procedimiento pueden producirse, aunque no es frecuente, la rotura de la corona, laceraciones en la mucosa yugal o en la lengua, inserción de la raíz en el seno maxilar, fractura del tabique intrarradicular o de la tuberosidad, que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas, y continuará con la extracción.

Se me informa también que, aunque no es frecuente, puede producirse luxación de la articulación temporomandibular e incluso fractura del maxilar, en cuyo caso deberé recibir el tratamiento preciso con un especialista en esa materia y ser revisado para control de ese proceso.

También se me ha explicado que, aunque infrecuentemente, y con independencia de la técnica empleada en el procedimiento y de su correcta realización, pueden lesionarse el nervio dentario o el nervio lingual, con pérdida de sensibilidad que normalmente es temporal y desaparece en algunas semanas, pero que puede perdurar durante tres a seis meses, o ser definitiva.

Menos graves resultan las complicaciones infecciosas locales, celulitis, trismo, estomatitis, etc., que suelen poder controlarse farmacológicamente pero que pueden precisar de tratamiento quirúrgico posterior.

He comprendido que, como alternativa a la extracción del diente molar, podría recurrir a técnicas conservadoras como la endodoncia y la periodoncia, que descarto por las consecuencias para el estado general de mi boca y por la evolución previsible que puede derivar en quiste folicular o en desarrollo de un ameloblastoma.

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

### **CONSIENTO**

que se me extraiga el diente/molar

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2003

Fdo.: EL PROFESIONAL

Fdo.: EL PACIENTE

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROTESIS**

D. \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_  
y con D.N.I nº \_\_\_\_\_.

D. \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_  
y D.N.I nº \_\_\_\_\_ en calidad de (representante legal, familiar o allegado) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de (nombre y dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_

### **DECLARO:**

Que el Dr. D. \_\_\_\_\_

Me ha explicado que va a proceder a la colocación de una prótesis dental, que consiste en la reposición total o parcial de los dientes ausentes o en la reconstrucción anatómica de los que han perdido estructura.

El Facultativo me ha explicado que la prótesis completa superior puede producirme náuseas, que desaparecerán poco a poco, y que la prótesis inferior va a producir molestias, casi con total seguridad, durante los primeros días o incluso durante las primeras semanas. También me ha explicado con detalle que a veces al tener poco soporte óseo puede movilizarse al masticar o al hablar. Ese sería un problema difícil de solucionar y en ese caso (si no llegase a adaptarme) la única solución sería la colocación de implantes para conseguir una prótesis más fija.

Sé que es también muy probable que, en los primeros tiempos, puedan producirse llagas.

Entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir retoques y que puede ser largo en el tiempo, por lo que deberá acudir periódicamente a visitarle.

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.

He comprendido que, como alternativa a la extracción del diente molar, podría recurrir a técnicas conservadoras como la endodoncia y la periodoncia, que descarto por las consecuencias para el estado general de mi boca y por la evolución previsible que puede derivar en quiste folicular o en desarrollo de un ameloblastoma.

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

### **CONSIENTO**

que se me practique tratamiento de prótesis

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2003

Fdo.: EL PROFESIONAL

Fdo.: EL PACIENTE

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERIODONCIA**

D. \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_  
y con D.N.I nº \_\_\_\_\_.

D. \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_  
y D.N.I nº \_\_\_\_\_ en calidad de (representante legal, familiar o allegado) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de (nombre y dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_

### **DECLARO:**

Que el Dr. D. \_\_\_\_\_

Me ha explicado que va a someterme a tratamiento periodontal, que tiene por objeto la eliminación de los factores irritativos e infecciosos que ha advertido en los tejidos de soporte de los dientes (encía, hueso alveolar, ligamento periodontal, cimiento radicular), para conseguir el mantenimiento de los dientes en tiempo, función y estética, evitando movilidad, pérdida del hueso y caída de los dientes.

Aunque se me han practicado los medios diagnósticos que se han estimado precisos (radiografías.), comprendo que pueda producirse procesos edematosos, hinchazón, dolor o laceraciones en la mucosa yugal o en la lengua, que no dependen de la técnica empleada, ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, aunque relativamente frecuentes, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas y continuará el tratamiento.

Sé que es frecuente que después del tratamiento advierta un aumento de la sensibilidad dentaria y movilidad de los dientes, que normalmente desaparecerán, bien espontáneamente, bien por tratamiento posterior.

También sé que va a producirse un cierto alargamiento de los dientes, más perceptible al sonreír, como consecuencia prácticamente segura de haberse eliminado tejido enfermo.

Igualmente comprendo que el tratamiento puede extenderse incluso hasta un año o más, en cuyo transcurso deberé visitar al facultativo periódicamente, y cuidar especialmente la higiene dental mediante las técnicas que me ha indicado.

También comprendo que el objetivo perseguido pueda no obtenerse, total o parcialmente, con independencia de la técnica empleada y de su correcta realización.

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

### **CONSIENTO**

que se me practique tratamiento periodontal

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2003

do.: EL PROFESIONAL

Fdo.: EL PACIENTE

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ORTODONCIA**

D. \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_  
y con D.N.I nº \_\_\_\_\_.

D. \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_  
y D.N.I nº \_\_\_\_\_ en calidad de (representante legal, familiar o allegado) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de (nombre y dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_

### **DECLARO:**

Que el Dr. D. \_\_\_\_\_

Me ha explicado que va a someterme a tratamiento ortodóncico, que tiene por conseguir una alineación correcta de los dientes, para impedir posteriores problemas, obtener una correcta función masticatoria y el mejoramiento estético, lo que se obtiene mediante la colocación de aparatos o bandas, removibles o fijas.

Se que es posible que las placas removibles se pierdan fácilmente, y que en ese caso el coste de la repetición correrá de mi cuenta. También se que las bandas fijas pueden producir úlceras y llagas, y que es frecuente que se produzca con el tiempo la reabsorción de la raíz o la disminución de la encía, que deben ser objeto de tratamiento posterior.

El facultativo me ha explicado que el tratamiento correcto puede implicar la necesidad de extraer algún diente sano.

También se que el tratamiento ortodóncico puede ser largo en el tiempo, lo que no depende de la técnica empleada ni de su correcta realización, sino de factores generalmente biológicos, o de respuesta de mi organismo, totalmente imprescindibles, y que durante todo ese tiempo deberé extremar las medidas de higiene para evitar la mayor exposición a enfermedades periodontales.

Sé también que, tras finalizar el tratamiento, será preciso que visite al facultativo periódicamente, para evitar recaídas, y que incluso podrá ser necesaria la extracción de las muelas del juicio.

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

### **CONSIENTO**

que se me practique tratamiento ortodóncico

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2003

Fdo.: EL PROFESIONAL

Fdo.: EL PACIENTE

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTES**

D. \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_  
y con D.N.I nº \_\_\_\_\_.

D. \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_  
y D.N.I nº \_\_\_\_\_ en calidad de (representante legal, familiar o allegado) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de (nombre y dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_

### **DECLARO:**

Que el Dr. D. \_\_\_\_\_

Me ha explicado que va a proceder a un tratamiento de implantes, que consiste en la reposición de los dientes perdidos mediante un procedimiento que se lleva a cabo en dos fases, una primera, en la que se fijan tornillos o láminas al hueso, y una segunda, cuando el hueso y el tornillo o láminas estén integrados con el hueso, en la que se coloca un pilar sobre ellos para recibir posteriormente los aditamentos protésicos.

El procedimiento se llevará a cabo bajo anestesia, de cuyos posibles riesgos también me ha informado.

Aunque se me han practicado los medios diagnósticos precisos (radiografías, tomografías, radiografías panorámicas y periapicales, y análisis), comprendo que es posible que puedan producirse procesos edematosos, inflamación, dolor o laceraciones en la mucosa yugal o en la lengua, que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización, e incluso la posibilidad de lesionar el seno y provocar una sinusitis que deba ser tratada posteriormente por el especialista competente.

También se me ha explicado que, aunque con menos frecuencia e independientemente de la técnica empleada y de su correcta realización, es posible que se produzcan lesiones de tipo nervioso, por afectar a terminaciones nerviosas o nervios próximos, lo que generaría pérdida o ausencia de sensibilidad en los labios, el mentón, la lengua o la encía, según cual sea el nervio afectado. Generalmente la pérdida de sensibilidad es transitoria, aunque puede llegar a ser permanente.

Menos frecuentemente pueden producirse comunicaciones con los senos nasales o con las fosas nasales y lesionar raíces de dientes adyacentes, que pueden requerir tratamiento posterior.

Sé que, aunque la técnica se realice correctamente, existe un porcentaje de fracasos entre el 8 y el 10%, que pueden requerir la repetición de la intervención y que, aunque excepcionalmente, podría producirse una fractura maxilar que requiera tratamiento posterior.

Entiendo que el tratamiento no concluye con la colocación del implante, sino que será preciso visitar periódicamente al facultativo y seguir escrupulosamente las normas de higiene que me ha explicado.

También entiendo que una vez colocada la prótesis pueda fracturarse, con la consiguiente necesidad de sustituir algún tornillo o competente.

Sé que alternativamente podría recurrir a prótesis convencionales, de menos coste, pero lo descarto por los beneficios que espero obtener con la técnica implantatoria.

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

### **CONSIENTO**

que se me practique tratamiento de implantes

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2003

do.: EL PROFESIONAL

Fdo.: EL PACIENTE



