

# CONSENTIMIENTO PARA UNA INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Página 1 de 3

(PR vers. 5/00)

Tiene derecho a que se le informe de su condición y del plan de tratamiento recomendado. El objeto de esta declaración es proporcionarle información que le ayude a comprender los posibles riesgos y complicaciones del tratamiento, para que usted pueda decidir si desea dar o no su consentimiento.

---

Nombre del paciente

Fecha de hoy

POR FAVOR, ESCRIBA SUS INICIALES ANTES DE CADA PÁRRAFO DESPUÉS DE LEERLO. SI DESEA HACER PREGUNTAS, HÁGASELAS A SU MÉDICO **ANTES** DE PONER SUS INICIALES.

\_\_\_\_ 1. Se me ha explicado mi condición como: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ 2. Se me ha(n) explicado el/los procedimiento(s) necesario(s) para tratar la(s) enfermedad(es) y entiendo que la naturaleza del tratamiento consistirá en: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ 3. Se me ha informado de los posibles métodos alternos de tratamiento (si existe alguno), incluyendo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entiendo que estas otras formas de tratamiento o mi decisión de no recibir tratamiento son opciones entre las que puedo escoger y se me ha informado de los riesgos de las alternativas que se me han presentado.

\_\_\_\_ 4. Mi médico me ha explicado que existen ciertos riesgos inherentes y potenciales y efectos secundarios relacionados con el tratamiento propuesto y, en este caso en específico, algunos de estos riesgos son, pero no se limitan a:

\_\_\_\_ A. Hinchazón y malestar postoperatorio que pudiera necesitar varios días de recuperación en mi casa.

\_\_\_\_ B. Sangramiento prolongado o severo que pudiera necesitar tratamiento adicional.

\_\_\_\_ C. Lesión o daño en los dientes o empastes adyacentes.

\_\_\_\_ D. Infección postoperatoria que pudiera necesitar tratamiento adicional.

\_\_\_\_ E. Estiramiento de las comisuras de la boca, que podrían causar hendiduras o magulladuras y que podrían tardar en curarse.

\_\_\_\_ F. Limitación al abrir la boca durante la curación, en algunas ocasiones relacionada con hinchazón y molestia muscular y, en otras, con tensión en las articulaciones mandibulares (ATM), especialmente cuando existen problemas en la ATM.

## CONSENTIMIENTO PARA UNA INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Página 2 de 3

- \_\_\_\_\_ G. La decisión de dejar una pequeña porción de raíz en la mandíbula, cuando su extirpación pudiera presentar una prolongación o riesgo de otras complicaciones.
  - \_\_\_\_\_ H. Fractura de la mandíbula (normalmente en extracciones o intervenciones quirúrgicas más complicadas).
  - \_\_\_\_\_ I. Lesión al nervio subyacente de los dientes inferiores, provocando dolor, entumecimiento, hormigueo u otras molestias sensoriales en el mentón, labio, cachetes, dientes, encías o lengua y que podrían persistir durante varias semanas o meses o, aunque raramente, quedar permanentes.
  - \_\_\_\_\_ J. Apertura de la sinus (una cámara normal situada encima de los dientes superiores), que requiera cirugía o tratamiento adicional.
  - \_\_\_\_\_ K. Alveolitis (pérdida de coágulos de sangre en la zona operada).
  - \_\_\_\_\_ L. Reacciones alérgicas (previamente desconocidas) a cualquier medicamento utilizado en el tratamiento.
- \_\_\_\_\_ 5. Se me ha explicado que, durante el curso del tratamiento, podrían presentarse condiciones imprevistas que pudieran requerir cambios en el procedimiento explicado en el párrafo 2 de la página anterior. Autorizo a mi médico y a su personal a utilizar su criterio profesional para llevar a cabo los procedimientos adicionales que resulten necesarios y deseables para completar la cirugía.
- \_\_\_\_\_ 6. **ANESTESIA**  
El tipo de anestesia que he elegido para la intervención es:
- Anestesia Local
  - Anestesia Local con analgesia mediante óxido nitroso y analgésico de oxígeno
  - Anestesia Local con premedicamento oral
  - Anestesia local con sedante intravenoso
  - Anestesia General
- \_\_\_\_\_ 7. Los **RIESGOS DE LA ANESTESIA** incluyen: malestar, hinchazón, magullamiento, infección, entumecimiento prolongado y reacciones alérgicas. Podría producirse inflamación (flebitis) en la zona de la inyección intravenosa que podría causar molestias prolongadas y/o incapacidad, y que pudieran requerir atención especial. Las náuseas y los vómitos, aunque poco frecuentes, podrían ser efectos secundarios de la anestesia IV. La anestesia intravenosa es un serio procedimiento médico y, aunque se considera seguro, podría conllevar los riesgos poco frecuentes de irregularidades cardíacas, ataque al corazón, infarto, daño cerebral o incluso la muerte.

**CONSENTIMIENTO PARA UNA INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA ORAL Y  
MAXILOFACIAL**

**Página 3 de 3**

- \_\_\_\_ 8. **SUS OBLIGACIONES EN CASO DE QUE SE UTILICE ANESTESIA INTRAVENOSA:**
- A. Dado que los medicamentos anestésicos causan somnolencia prolongada, usted **DEBE** estar acompañado por un adulto responsable para que le lleve a casa y permanezca con usted hasta que se haya recuperado suficientemente como para cuidar de sí mismo(a). Esto será por lo menos por 24 horas.
  - B. Durante el periodo de recuperación usted no deberá conducir, operar maquinaria o dispositivos complejos, ni tomar importantes decisiones comerciales.
  - C. Deberá tener el estómago totalmente vacío. **ES DE VITAL IMPORTANCIA QUE NO COMA NI BEBA NADA DURANTE LAS 6 HORAS PREVIAS A LA ANESTESIA. DE NO HACERLO ASÍ, ¡PODRÍA PONER EN PELIGRO SU VIDA!**
  - D. **Sin embargo**, es importante que tome todas las medicinas habituales (alta presión, antibióticos, etc.) o cualquier medicamento prescrito por esta oficina, **tomando sólo un pequeño sorbo de agua.**
- \_\_\_\_ 9. Se me ha explicado y entiendo perfectamente que ni se garantiza ni se puede garantizar un resultado óptimo.
- \_\_\_\_ 10. He leído y entiendo perfectamente este formulario de consentimiento para la intervención quirúrgica y se me han contestado todas mis preguntas antes de escribir mis iniciales o mi firma.

**POR FAVOR, HÁGALE A SU MÉDICO CUALQUIER PREGUNTA REFERENTE A ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

(PR Vers. 5/00)