



CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIRUGÍA ORAL MENOR - ALVEOLAR - CIRUGÍA IMPLANTOLÓGICA

Objetivos de la Cirugía Oral Menor:

Se utiliza sobre todo para extraer piezas dentarias incluidas o que estén causando dolor o infección, indicaciones ortodóncicas, estudio de lesiones precancerosas o no, añadir piezas dentarias (implantes), mejorar las condiciones óseas y tisulares para la colocación de una prótesis. Esperando obtener una mejor funcionalidad de prótesis, masticatoria, estética, desaparición de dolor e infección.

Indicada para diversos 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, implantes cigomáticos, cirugías maxilo-mandibulares y cirugía pre-protésica, injertos óseos, injertos de tejidos conectivos, lipectomía faciales y antróstomías. Se realiza con anestesia local o sedación endovenosa dependiendo del caso con los riesgos inherentes a las mismas según especialidad.

Riesgos:

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, pérdida de implantes, paresia, fracaso del injerto, laceraciones de la membrana sinusal, compromiso del seno maxilar, alteración de la sensibilidad de áreas faciales u orales y los dientes próximos a la cirugía pueden resultar dañados. Por otra parte todos los registros fotográficos utilizados en la preparación y desarrollo de su caso pueden ser usados para publicación y divulgación con fines académicos y científicos.

Es necesario, por parte del paciente, advertir de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, hábitos parafuncionales, tabáquicos (contraindicación implantológica, riesgo propio del paciente) o cualquier otra circunstancia, que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio. **He comprendido las explicaciones facilitadas 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.** Entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo el alcance riesgos del tratamiento y que cumpliré a cabalidad todas las indicaciones otorgadas, con el fin de evitar complicaciones.

En tales condiciones **CONSIENTO** al Dr. Edgar Cabrera COEM N° 280011575 a efectuar el procedimiento Quirúrgico Dentoalveolar, después de haber entendido claramente todo lo anteriormente expuesto.

Nombre del Paciente: _____ Representante legal: _____

DNI N° _____

DNI N°: _____

Firma: _____

Firma: _____