

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA ORAL

## Servicio de CIRUGÍA MÁXILOFACIAL

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad en relación con la Ley Orgánica 41/2002.

## DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La cirugía oral se realiza para resolver determinados problemas de la cavidad oral, tales como: extracción de piezas dentarias o restos incluidos de raíces, apertura mucosa o tracción de dientes retenidos, frenillos labiales, extirpación de quistes maxilares y de pequeños tumores de los mismos o del resto de la cavidad oral.

Procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado: .....  
.....  
.....  
.....

La intervención puede realizarse con anestesia general o local con el riesgo inherente asociado a la misma, que serán informados por su anestesista, y los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que no podré realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo.

## RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Todos estos procedimientos suponen un indudable beneficio, sin embargo no están exentos de complicaciones, algunas de ellas inevitables, siendo las estadísticamente más frecuentes:

- Alergias al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía.
- Hematoma y edema de la región.
- Hemorragia postoperatoria.
- Dehiscencia de la sutura.
- Daño de dientes adyacentes.
- Hipoestesia o anestesia, temporal o definitiva de algún nervio como el dentario inferior, el lingual o el infraorbitario.
- Infección postoperatoria.
- Fractura dental y permanencia de resto radicular.
- Introducción de piezas dentales dentro del seno maxilar.
- Osteítis.
- Sinusitis.
- Comunicación oronasal y/o orosinusal.
- Fracturas óseas.
- Rotura de instrumentos.

**RIESGOS ESPECIFICOS EN MI CASO Y OTRAS COMPLICACIONES DE MÍNIMA RELEVANCIA ESTADÍSTICA:** .....  
.....

.....  
.

## DECLARACIONES Y FIRMAS

---

### **PACIENTE O TUTOR LEGAL/FAMILIAR**

El/la Médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve este procedimiento/intervención/exploración.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que me realicen dicho procedimiento/intervención/exploración.

**Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.**

D/Dª .....DNI. ....

..

En calidad de:    **¡PACIENTE**       **¡TUTOR LEGAL O FAMILIAR**

Firmado

En Madrid, a ..... de ..... de 20 ...

---

### **MÉDICO DESIGNADO POR EL EQUIPO RESPONSABLE**

Dr./Dra. RODRIGUEZ CAMPO, FRANCISCO

He informado a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica.

Firma del Médico responsable

CIAS

---

### **REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

En pleno uso de mis facultades, he decidido libremente no realizar el procedimiento arriba descrito. He sido informado de las consecuencias de la suspensión de este, pese a lo cual, quiero revocar el consentimiento previamente otorgado. Para que así conste, firmo el presente documento.

D/Dª .....DNI. ....

..

En calidad de:    **¡PACIENTE**       **¡TUTOR LEGAL O FAMILIAR**

**FIRMAS**

**EL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL  
RESPONSABLE**

**EL MEDICO**

En Madrid, a . . . . . de . . . . . de 20 . . .

---

SI UD. RECONOCE HABER RECIBIDO UNA INFORMACIÓN ADECUADA Y ACEPTA QUE SE LE PRACTIQUE EL PROCEDIMIENTO DESCRITO, PERO REHÚSA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, O QUIERE HACERNOS ALGUNA INDICACIÓN CONCRETA, INDIQUE POR FAVOR, LOS MOTIVOS DE ESTA DECISIÓN . . . . .  
. . . . .  
. . . . .  
. . . . .

Nombre y firma del testigo. . . . .  
. . . . .

Nombre y firma del Médico responsable. . . . .  
. . . . .

*El apartado "**Declaraciones y Firmas**" aprobado por el Comité Ético para la Asistencia Sanitaria del HUP el 23/02/2014*

---

11006 10/06/2015 10:56:47

---

La información contenida en este documento es confidencial y está sometida a la LOPD. Los datos serán incorporados y tratados en el fichero "ARCHIVO DE HISTORIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA", cuya finalidad es "el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del paciente", y no podrán ser cedidos, salvo las previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es el "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA" y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es en la calle Diego de León, 62, de Madrid 28006 (Artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).