



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA LOCAL Y EXTRACCIÓN DENTARIA

1. El tratamiento que voy a recibir implica la administración de **anestesia local**, con el fin de realizar el tratamiento sin dolor y tendré la sensación de acorchamiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer espontáneamente en dos o tres horas.
2. 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. En ocasiones puede producir bajada de tensión y raramente un síncope o fibrilación y, excepcionalmente, fallecimiento.
3. Aunque según se me ha explicado de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o hipersensibilidades al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticaria, dermatitis de contacto o general, asma, edema angioneurótico, que en casos extremos, puede requerir tratamiento urgente. Uno de los componentes de la anestesia, la adrenalina, puede llegar a favorecer la aparición de una cardiopatía isquémica que debe ser tratada posteriormente.
4. Después de la administración de la anestesia se 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.
5. Aunque se me han practicado los medios diagnósticos que se han estimado precisos (radiografía), 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, que exigiría coartarse con la colocación en el alvéolo de una torunda de algodón seca o gasa.
6. 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 dependerán 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. Puede producirse también, aunque no es frecuente, luxación de la articulación temporomandibular e incluso fractura del maxilar en cuyo caso deberé recibir tratamiento preciso con un especialista en esa materia y ser revisado para control de ese proceso.
7. Se me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, o cualquier otra circunstancia ya que pueden suponer una contraindicación para el procedimiento. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como _____
8. Además, el médico me ha informado de las opciones alternativas a este procedimiento.



ACEPTACIÓN/DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO, FIRMAS Y POSIBILIDAD DE REVOCACIÓN PARA ANESTESIA LOCAL Y EXTRACCIÓN DENTARIA

FECHA:...../...../.....

D./Dña/.....
..... (NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE) D.N.I.:,
CIP:..... D./Dña/.....
.....(NOMBRE Y APELLIDOS DEL
REPRESENTANTE LEGAL/FAMILIAR/PERSONA CON OTRA VINCULACIÓN DE HECHO
(en caso de incapacidad del paciente para consentir o denegar, ya sea por minoría de edad,
incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (padre,
madre, tutor, etc.) D.N.I.:

NOMBRE DEL PROFESIONAL SANITARIO QUE INFORMA:

D./Dña/.....
Nº COLEGIADO:

Declaro que:

- He sido informado de forma comprensible de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.
- Estoy satisfecho con la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y, me han sido aclaradas todas mis dudas.
- En consecuencia, doy mi consentimiento para su realización sabiendo que puedo revocarlo en cualquier momento firmando la denegación/revocación si llegara el caso.
- Si surgiera alguna situación urgente, que requiriese algún procedimiento distinto del que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo sin previo consentimiento.

Firma del paciente

Firma del Tutor o Representante Legal

Firma del Profesional

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACIÓN/REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

Firma del paciente

Firma del Tutor o Representante Legal

Firma del Profesional