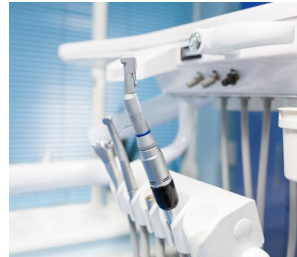


# CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA



El presente consentimiento informado ha sido elaborado por el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de A Coruña - ICOEC - con el objetivo de garantizar que usted ha sido informad@ de todas las complicaciones y alternativas terapéuticas del presente tratamiento y como garantía de una atención clínica de calidad.



Los profesionales sanitarios y el personal de esta clínica se compromete a informarle de todas las posibles modificaciones de la planificación inicial del tratamiento, cumpliendo así con los criterios éticos de nuestro código profesional.

El código ético de este odontólogos y estomatólogos está disponible en la página web de este colegio profesional: [www.icoec.es](http://www.icoec.es)

Al tiempo que nuestra clínica y usted nos vinculamos a través de este consentimiento informado, usted se compromete a realizar las revisiones y el mantenimiento específico e indicado para cada uno de los tratamientos. Recuerde que este mantenimiento es esencial para prolongar y asegurar la duración y calidad de nuestros tratamientos.



Datos / sello de la clínica dental

# CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA



Clínica .....

Dr./Dra. ....

Colegiado nº .....

# CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA

D.....  
mayor de edad con DNI nº .....  
D.....  
En calidad de padre, madre, tutor o representante legal con DNI nº .....

## Declaro que:

He sido informado de que el **objetivo de los tratamientos** de cirugía oral es resolver determinadas situaciones clínicas tales como: exodoncia de dientes normales o incluidos o retenidos, restos radiculares, fenestraciones mucosas o tracción de dientes retenidos, frenillos labiales, cirugía preprotésica, extirpación de quistes maxilares y de pequeños tumores de los mismos, técnicas de biopsia, injertos maxilares y técnicas de regeneración tisular y ósea.

La intervención **puede realizarse** con anestesia local, sedación o anestesia general, con los riesgos inherentes a cada una de las técnicas.

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

- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía oral.
- Hematoma e hinchazón de la región.
- Hemorragia postoperatoria.
- Infección postoperatoria, osteitis y osteonecrosis.
- Dehiscencia e infección de los puntos de sutura.
- Daño sobre los dientes vecinos.
- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente de las terminaciones nerviosas.
- Infección secundaria de los tejidos o del hueso. Alveolitis.
- Sinusitis. Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
- Fracturas óseas.
- Desplazamiento de dientes a estructuras vecinas.
- Aspiración del instrumental, de los dientes o de alguna de sus partes.
- Fracaso del tratamiento o no alcanzar los objetivos terapéuticos planificados.

Todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de **complicaciones comunes** y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.

En ..... a ..... de..... de .....

Paciente e o representante legal .....

Profesional..... N° Colegiado .....

# INFORME DE ALTA CIRUGÍA

## Datos personales

Nombre	Apellidos	
D.N.I.	Dirección	C.P.
Teléfono	Email	

## Diagnóstico y pruebas complementarias

Diagnóstico inicial

Pruebas complementarias realizadas

## Tratamientos realizados y estado actual

Tratamientos realizados

Estado actual

## Recomendaciones – Mantenimiento – Fármacos necesarios

Recomendaciones - Mantenimiento

Paciente o representante legal

Profesional Colegiado N°