

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## EXODONCIA



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

## EXODONCIA



Clínica .....

Dr./Dra. ....

Colegiado nº .....

# CONSENTIMIENTO INFORMADO EXODONCIA

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 del tratamiento** es la exodoncia de un diente que es irre recuperable desde el punto de vista odontológico o es perjudicial para la salud, función y estética oral.

El **procedimiento** requiere la aplicación de anestesia local, lo que provocará una sensación de acorchamiento del labio o de la cara que desaparecerá al cabo de unas horas. Así mismo, puede provocar bajadas de tensión y mareos.

Aunque me han realizado los **diagnósticos necesarios**, comprendo que es posible que el estado inflamatorio del diente pueda producir un proceso infeccioso y requiera un tratamiento farmacológico.

De igual manera durante su realización pueden producirse otras **complicaciones** como hemorragia, la rotura de la corona, heridas en la mucosa de la mejilla o en la lengua, inserción de la raíz en el seno maxilar, fractura del maxilar; que no dependen 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.

Las **complicaciones más habituales** son: dolor e inflamación de la zona, aparición de hematomas, alveolitis, pequeños daños en los tejidos blandos, que van a requerir un control de su evolución y un tratamiento específico.

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 EXODONCIA

## 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°