

Clínica Losada

ODONTÓLOGOS

Yo..... mayor de
edad y con DNI

En caso de paciente menor de edad, impedido o incapacitado

Yo,con
DNI, en calidad de padre, madre, tutor/a o representante legal del
paciente.....

Declaro:

I. Que se me ha explicado que es necesario que se me realice la extracción de una o varias piezas dentales.

II. He sido informado/a de que:

- El objetivo del tratamiento es extraer uno o varios dientes irrecuperables o sin valor estratégico dentro de la planificación del tratamiento bucal integral. Únicamente podrá ser sustituido por una prótesis.
- 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. También, que la administración de la anestesia podría producir ulceración y/o hematoma del tejido, dolor y, en raras ocasiones, pérdida de la sensibilidad en la boca o en la cara. Asimismo, puede provocar bajada de tensión y mareo.
- Aunque me han realizado los medios diagnósticos que se han estimado precisos, puede aparecer un proceso infeccioso que requiera un tratamiento con antibióticos y/o antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento puede producirse una 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 y continuará con la extracción.
- Las complicaciones más frecuentes son: dolor e inflamación de la zona, hematomas, pequeños daños en los tejidos blandos de la zona afectada, infección de la herida. Si fuera necesario, se le pautará la medicación precisa
- La extracción de **terceros molares inferiores** lleva implícita una complicación común cuando existe una íntima relación de las raíces con el nervio dentario inferior que puede acarrear una parestesia temporal generalmente o definitiva del nervio afectado.

III. Soy consciente de haber comprobado no estar bajo el tratamiento de **bifosfonatos** o medicación que pueda afectar a los mecanismos de reabsorción ósea; o en el caso de estarlo he informado al odontólogo de la medicación que tomo.

DECLARACIONES Y FIRMAS PACIENTE

D./ Da con
DNI..... declaro que el odontólogo **Jose Manuel Losada Ynclan** me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.

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 dicha exploración/intervención. He recibido copia del presente documento.

Sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

En.....a
de.....de 20.....

Firmado, el/la paciente

REPRESENTANTE LEGAL

D. / Da con
DNI y domicilio en
calle no declaro que el odontólogo **Jose Manuel Losada Ynclan** me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para la situación clínica actual del paciente 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 realicen al paciente
con DNI dicha exploración/intervención. He recibido copia del presente documento.

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

Firmado, el/la representante

FACULTATIVO

Yo, **Jose Manuel Losada Ynclan**, odontólogo 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. Asimismo, se le preguntó sobre posibles alergias, la existencia de otras enfermedades o cualquier otra circunstancia patológica personal que pudiera condicionar la realización de la exploración/intervención. Se incorpora este documento a la historia clínica del paciente.

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

28009593

REVOCACIÓN DE LA DECISIÓN POR EL PACIENTE

En.....a de.....de 20.....

El paciente

Odontólogo