

## Consentimiento Informado Extracción de Diente

Yo entiendo que mi dentista me recomendó la extracción de un diente o varios. Se me ha explicado si existe algún tratamiento alternativo, así como las consecuencias de no hacerlo en mis condiciones dentales actuales. Yo entiendo que si decido no recibir el tratamiento puede resultar en, pero no limitado a: infección, inflamación, dolor, enfermedad periodontal, mal oclusión (daño a la forma de masticar) y enfermedad sistémica.

Yo entiendo que existen riesgos asociados con cualquier procedimiento dental y anestésico. Esto incluye, pero no limitado a:

- Infección Post-Operatoria
- Inflamación, moretón y dolor
- Daño a dientes adyacentes o rellenos
- Sangrando que requiera mayor tratamiento
- Reacción a algún medicamento o efectos colaterales
- Posibilidad de dejar un pequeño fragmento de diente o hueso en los maxilares cuando su remoción no sea adecuada. Esos fragmentos pueden migrar hacia afuera de tejido parcialmente y necesitar tratamiento posteriormente
- Daño al seno maxilar requiriendo de tratamiento adicional o reparación quirúrgica posteriormente
- Fractura o dislocación de la mandíbula
- Daño a los nervios resultando en adormecimiento o hormigueo temporal o posiblemente permanente de los labios, mejillas, lengua u otras áreas
- Retraso de la cicatrización (alveolo seco) necesitando cuidado post-operación

Yo entiendo el tratamiento recomendado, los costos que esto incluye, riesgos del tratamiento, cualquier alternativa y riesgos de esas alternativas, incluyendo las consecuencias de no hacer nada. Todas mis dudas ha sido respondidas y no se me ha ofrecido ninguna garantía.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_