



Anexo
V

Consentimientos
Informados

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

REVISIÓN Y ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS PRESTACIONES REALIZADAS EN LA CONSULTA DENTAL DE LAS UNIDADES DE SALUD ORAL

Dentro de las prestaciones, que se ofertan en las USBD de Atención Primaria, la necesidad de recabar el consentimiento para cualquier actuación viene regulada por la ley 41/2002 "básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica".

- El consentimiento del o de la paciente hay que *recabarlo siempre antes de cualquier intervención*, debe obtenerse en el momento previo a que el o la dentista planifique la intervención, *dejando a el o la paciente el tiempo necesario para reflexionar sobre el tratamiento*, siempre que no se trate de actividades urgentes o que requieran hospitalización. Se comunicará a él o la paciente de *forma comprensible y adecuada a sus necesidades* (art. 4.2 de la ley 41/2002).

- El consentimiento será *Verbal dejando constancia en la historia de salud* (art. 4.1 de la ley básica reguladora de la autonomía del paciente) y comprende la fidelidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos (deben ser *riesgos típicos ó normales y los atípicos serían excepcionales y no precisarían ser mencionados en el documento de consentimiento informado*, art.10.1 de la Ley 41/2002) y sus consecuencias.
- El Consentimiento será *Escrito* ante los procedimientos *claramente quirúrgicos y debe constar en la historia de salud*. El consentimiento escrito de el/la paciente será necesario para cada acto médico, excepto que el tratamiento incluya *varias acciones idénticas*, en este caso, podría ser válido un único consentimiento para todas las actuaciones (Ej. multiexodoncias).

En nuestra cartera de servicios, en odontología en atención primaria, recabaremos *el consentimiento por escrito y dejando constancia en la historia de salud* en las siguientes actuaciones clínicas:

CASOS HABITUALES	CASOS ESPECIALES
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes no comprometidos clínicamente y que no planteen gran riesgo legal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes muy comprometidos clínicamente. • Pacientes que planteen gran riesgo legal (demandas previas). • Investigación (pacientes que participen en estudios epidemiológicos etc.)
PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS	PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS
<p>Procedimientos que utilicen anestesia. Extracciones simples ó complicadas.</p>	<p>Procedimientos que utilicen anestesia. Extracciones simples ó complicadas. Obturaciones. Radiografías dentales. Tartrectomías. Selladores Aplicación de flúor, barniz ó en cubetas.</p>

Debe *recibir la información* y dar *el consentimiento el propio o la propia paciente*, salvo en las siguientes **excepciones**:

EXCEPCIONES	ACTITUD A SEGUIR
Paciente discapacitado/a temporal	Posponer la intervención, salvo urgencia vital.
Paciente con incapacidad permanente	Reciben la información y dan el consentimiento los representantes legales si faltan, personas vinculadas al o la paciente, por razones familiares ó de hecho.
Paciente incapacitado/a legalmente	Reciben la información y dan el consentimiento los representantes legales.
Menores emancipados ó con 16 años cumplidos	Reciben la información y dan el consentimiento los padres, madres ó tutores si el procedimiento plantea riesgos que precise un documento de consentimiento escrito, previamente informados por sus hijos (manteniendo el secreto profesional).
Menores de 12 años	Reciben la información y dan el consentimiento los padres, madres ó representantes legales después de haber escuchado su opinión (si tienen ya 12 años cumplidos).

El o la paciente puede *revocar libremente por escrito* su consentimiento en cualquier momento (art. 8.5 de la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente). El o la dentista debe informarle de los riesgos o consecuencias que asume al rechazar la intervención.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE GEL DE FLÚOR

D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

DECLARO:

Que el/la Dentista D./Dña. _____

abajo firmante me ha explicado que es conveniente, en mi situación proceder a la aplicación de gel de flúor dándome la siguiente información:

1. El propósito principal de la intervención es la aplicación de flúor tópico en forma de gel en unas cubetas desechables que se colocarán en las dos arcadas dentales (superior e inferior).
2. El/la Profesional me ha explicado que se trata de un tratamiento preventivo, para disminuir el riesgo de caries en la cavidad oral.
3. Comprendo que se considera un tratamiento altamente efectivo, en pacientes que tengan un riesgo alto y moderado de caries.
4. También me ha explicado puede ser realizado por un/una dentista o por un/una higienista dental.
5. Me han explicado que no debo ingerir alimentos o líquidos hasta 30 minutos después de la aplicación para no disminuir la efectividad del gel de flúor.
6. El/la Profesional me ha explicado que los riesgos de la aplicación de la cubeta de flúor son los ocasionados por la aspiración o por la ingesta accidental de una gran cantidad de gel, que aunque poco probable, pudiera provocar una intoxicación aguda que diera lugar a náuseas, vómitos, y dolor abdominal. Es por este motivo que no se recomienda este procedimiento en menores de 6 años debido a la dificultad de éstos en controlar correctamente el acto de la deglución.
7. Entiendo que como medida complementaria para la prevención de la caries son necesarias las revisiones periódicas y el mantenimiento de una estricta higiene oral.
8. Condiciones particulares del caso:

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el/la dentista que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas planteadas. En tales condiciones, CONSIENTO que se realice el tratamiento, y para que conste firmo el presente

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal

D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

REVOCO:

El consentimiento prestado en este documento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLÚOR

D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

DECLARO:

Que el/la Dentista D./Dña. _____

abajo firmante me ha explicado que es conveniente, en mi situación proceder a la aplicación de barniz de flúor dándome la siguiente información:

1. El propósito principal de la intervención es la aplicación de flúor tópico en forma de barniz mediante pinceles o torundas de algodón aplicado en las dos arcadas dentales.
2. El/la Profesional me ha explicado que se trata de un tratamiento preventivo para disminuir el riesgo de caries en la cavidad oral.
3. Comprendo que se considera un tratamiento altamente efectivo en pacientes que tengan un riesgo alto y moderado de caries.
4. También me ha explicado que puede ser realizado por un/una dentista o por un/una higienista dental.
5. Entiendo que no se deben ingerir alimentos sólidos o líquidos durante las 2-4 horas siguientes y que no se deben cepillar los dientes hasta el día siguiente.
6. Me han advertido que los dientes temporalmente pueden presentar un color amarillento y una sensación áspera.
7. Entiendo que como medida complementaria para la prevención de la caries son necesarias las revisiones periódicas y el mantenimiento de una estricta higiene oral.
8. Condiciones particulares del caso:

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el/la dentista que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas planteadas. En tales condiciones, CONSIENTO que se realice el tratamiento, y para que conste firmo el presente

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal



D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

REVOCO:

El consentimiento prestado en este documento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE SELLADORES DE FOSAS Y FISURAS

D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

DECLARO:

Que el/la Dentista D./Dña. _____

abajo firmante me ha explicado que es conveniente, en mi situación proceder al sellado de fisuras de la pieza dentaria dándome la siguiente información:

1. El propósito principal de la intervención es la colocación de una resina selladora en las fosas y fisuras de uno o más dientes.
2. El/la Profesional me ha explicado que se trata de un tratamiento preventivo para evitar la aparición de caries futuras sobre un diente sano.
3. Me han explicado que se considera un tratamiento efectivo en algunos pacientes que tienen un alto riesgo de caries.
4. Entiendo que pueda haber hábitos (masticar chicle, morder objetos o alimentos duros...) que puedan provocar la fractura del sellador.
5. Me han explicado que a pesar de evitar estos hábitos con el tiempo el sellador puede romperse y en tal caso sea necesario reemplazarlo.
6. Igualmente me ha explicado que se trata de un procedimiento, que puede ser realizado por un/una dentista o por un/una higienista dental.
7. Entiendo que como medida complementaria para la prevención de la caries son necesarias las revisiones periódicas y el mantenimiento de una estricta higiene oral.
8. El/la Profesional me ha explicado que todo acto médico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios.
9. Condiciones particulares del caso:

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el/la dentista que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas planteadas. En tales condiciones, CONSIENTO que se realice el tratamiento, y para que conste firmo el presente

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal



D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

REVOCO:

El consentimiento prestado en este documento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE RADIOGRAFÍAS DENTALES

D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

DECLARO:

Que el/la Dentista D./Dña. _____

abajo firmante me ha explicado que es conveniente, en mi situación proceder a la realización de una radiografía dental dándome la siguiente información:

1. El propósito principal de esta prueba diagnóstica es obtener una imagen detallada de una determinada zona de la cavidad oral (radiografía periapical) o bien de la zona posterior de los cuatro cuadrantes en que se divide la boca (radiografías de aleta), en la que observaremos las diferentes piezas dentarias y los tejidos que las rodean.
2. Me han explicado que el objetivo de estas técnicas es conseguir una imagen que nos permita diagnosticar diferentes patologías, como son caries, procesos infecciosos y otros.
3. Comprendo que la exposición a la radiación utilizando este tipo de técnicas radiográficas es muy baja aunque el facultativo intentará hacer siempre el menor número de placas posibles.
4. Me han explicado que durante la radiografía debo estar solo en la consulta sin moverme sujetando la placa como me ha explicado el personal sanitario. En el caso de que no pudiera realizar este procedimiento yo solo, necesitaría la ayuda de un familiar que nunca sería una mujer embarazada.
5. Igualmente comprendo que se trata de un procedimiento que puede ser realizado por un/una dentista o bien por otro tipo de personal sanitario debidamente autorizado.
6. También me han advertido de que existen elementos que tienen por objetivo reducir la radiación sobre zonas importantes del organismo como pueden ser los protectores plomados.
7. Condiciones particulares del caso:

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el/la dentista que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas planteadas. En tales condiciones, CONSIENTO que se realice el tratamiento, y para que conste firmo el presente

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal

D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

REVOCO:

El consentimiento prestado en este documento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE TARTRECTOMÍA

D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

DECLARO:

Que el/la Dentista D./Dña. _____

abajo firmante me ha explicado que es conveniente, en mi situación proceder a la realización de una tartrectomía (limpieza dental) dándome la siguiente información:

1. El propósito principal de la intervención es la realización de una tartrectomía (limpieza dental) que tiene como objetivo la eliminación del sarro o cálculo que se encuentra adherido a la superficie de los dientes.
2. Me han explicado que este sarro o cálculo es un factor irritante que en el caso de no eliminarlo dará lugar a una inflamación de las encías (gingivitis) que se manifestará con dolor, hinchazón y sangrado.
3. La técnica se lleva a cabo mediante un aparato de ultrasonidos que produce una vibración que hace desprender el cálculo del diente o bien de forma manual mediante instrumental específico.
4. Comprendo que aunque no es una técnica dolorosa, si puede resultar en algunos casos molesta dependiendo de la sensibilidad dentaria de cada persona.
5. También me han advertido que, aunque poco frecuente, pueda provocar ciertas molestias en la zona de la encía y sensibilidad leve o moderada en los dientes.
6. También sé que la tartrectomía o limpieza dental puede ser realizada por un/una dentista o por un/una higienista dental.
7. Entiendo que como medida complementaria para la prevención de las enfermedades de la encía son necesarias las revisiones periódicas y el mantenimiento de una estricta higiene oral.
8. Condiciones particulares del caso:

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el/la dentista que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas planteadas. En tales condiciones, CONSIENTO que se realice el tratamiento, y para que conste firmo el presente

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal



D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

REVOCO:

El consentimiento prestado en este documento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE OBTURACIÓN

D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

DECLARO:

Que el/la Dentista D./Dña. _____

abajo firmante me ha explicado que es conveniente, en mi situación proceder a realizar una o varias obturaciones dentales o empastes, dándome la siguiente información:

1. El propósito principal de la intervención es restaurar los tejidos dentarios duros y proteger la pulpa, para conservar el diente y su función.
2. Me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor.
3. Me ha explicado que tendré la sensación de acorchamiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer en dos o tres horas. También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor, hematoma y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento posterior, y que la anestesia puede provocar mareos bien por la ansiedad ó por bajada de la tensión arterial que debe ser comunicado inmediatamente a el /la dentista para adoptar las medidas correctoras oportunas y evitar tan incómoda sensación.
Comprendo que aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o alergia al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticaria, dermatitis, asma, edema angioneurótico (asfixia), que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.
4. El/la Dentista me ha explicado que esta intervención no cura la enfermedad de la caries sino que trata una lesión de caries y que solo las medidas preventivas (dieta adecuada, higiene correcta y otras) revisiones periódicas, evitarán ó disminuirán la aparición de nuevas lesiones de caries en el mismo diente o en otros dientes.
5. Durante la intervención podría ocurrir una exposición pulpar y en tal caso el/la dentista me explicará el tratamiento oportuno.
6. La intervención consiste en limpiar la cavidad o lesión de tejido enfermo y rellenarla posteriormente con el material que en cada caso el/la dentista considere oportuno, conservando el diente.
7. El/la Dentista me ha advertido que es frecuente que se produzca una mayor sensibilidad, sobre todo al frío, que normalmente desaparecerá de modo espontáneo.
8. También me ha recomendado el/la Dentista que vuelva a visitarle lo más pronto posible, si advierto signos de movilidad o alteraciones de la mordida, pues en ese caso sería preciso ajustarla.
9. Comprendo que este tratamiento puede producir que posteriormente sea necesario realizar una Endodoncia/ Apicoformación, especialmente en los casos en que la caries es muy profunda, lo que conlleva que el diente quede frágil y precise además otros tipos de tratamientos.
10. También comprendo que es posible que no me encuentre satisfecho con la forma y el color del diente tras el tratamiento, porque las cualidades de las restauraciones directas nunca serán idénticas a su aspecto de diente sano.
11. Entiendo que la duración de la obturación es limitada, estando ésta en función de la cantidad de diente sano existente, del desgaste del material y de mis hábitos masticatorios.
12. Entiendo que este tratamiento precisa de revisiones periódicas y del mantenimiento de una estricta higiene oral con el fin de evitar posibles complicaciones.
13. El/la Dentista me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.
14. El/la dentista me ha explicado que durante o después del procedimiento se puede producir la ingestión accidental de instrumentos, material o residuos orgánicos, requiriendo en algunos casos pruebas complementarias para su diagnóstico y tratamiento.

15. En caso de que haya que realizar este tratamiento en varias actuaciones de forma programada en sucesivas citas, el o la paciente acepta la validez de este consentimiento para todas ellas y en cualquier momento puede revocarlo.
16. Condiciones particulares del caso:

Es fundamental que nos advierta de:

- de cualquier alergia que tenga ó sospeche tener.
- de cualquier enfermedad que usted padezca.
- si experimenta mareos frecuentemente y de los medicamentos que esté tomando.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el/la dentista que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas planteadas. En tales condiciones, CONSIENTO que se realice el tratamiento, y para que conste firmo el presente

En _____, _____ de _____ de

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal

D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

REVOCO:

El consentimiento prestado en este documento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE EXTRACCIÓN

D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

DECLARO:

Que el/la Dentista D./Dña. _____

abajo firmante me ha explicado que es conveniente, realizar una o varias extracciones dentales dándome la siguiente información:

1. En consecuencia, comprendo que no mantendré ese o esos dientes y que, únicamente, podrá ser sustituido por una prótesis. Que podría recurrir a técnicas conservadoras como la periodoncia o la endodoncia, y las descarto por el estado que presenta, y que no hace razonable su conservación, o porque por motivos personales prefiero esta opción.
2. Me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. Me ha explicado que tendré la sensación de acorchamiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer en dos o tres horas. También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor, hematoma en la zona y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento posterior y que la anestesia puede provocar mareos bien por la ansiedad ó por bajada de la tensión arterial que debe ser comunicado inmediatamente a el/la dentista para adoptar las medidas correctoras oportunas y evitar tan incómoda sensación. Comprendo que aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o alergia al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticaria, dermatitis, asma, edema angioneurótico (asfixia), que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.
3. La intervención consiste en la aplicación de un instrumento quirúrgico al diente, practicando la luxación y osteotomía si procede, de manera que pueda desprenderse del alvéolo donde está insertado, posteriormente se aproximan los bordes de la herida entre sí mediante compresión de las paredes del alvéolo, para facilitar la coagulación y cicatrización, que se ayuda mordiendo un apósito estéril durante unos minutos.
4. Aunque se me han realizado los medios diagnósticos que se han estimado precisos, comprendo que es posible que durante el curso del tratamiento pueda producirse
 - un proceso infeccioso, sobreinfección por gérmenes en la boca, alveolitis que puede requerir tratamiento con antibióticos y/o antiinflamatorios,
 - una hemorragia, que exigiría, para cohibirla, la colocación en el alvéolo de una torunda de algodón seca u otro producto hemostático incluso sutura.
 - rotura de la corona del diente,
 - fracturas y luxaciones de dientes contiguos,
 - heridas en la mucosa de la mejilla o en la lengua,
 - inserción de la raíz en el seno maxilar,
 - fractura de los maxilares,
 - lesión del germen del diente definitivo en el caso de la extracción de un diente temporal,
 - luxación de la Articulación Témpero Mandibular en pacientes predispuestos,
 - alteración de la sensibilidad,
 - comunicación orosinusal (boca-nariz),
 - ingestión accidental de instrumentos, material o residuos orgánicos, requiriendo en algunos casos pruebas complementarias para su diagnóstico y tratamiento.

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, o bien lo programará para otra cita o lo derivará al especialista correspondiente.

5. Entiendo que este tratamiento precisa de una estricta higiene oral con el fin de evitar posibles complicaciones.
6. El/la Dentista me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.
7. En caso de que haya que realizar este tratamiento en varias actuaciones de forma programada en sucesivas citas, el paciente acepta la validez de este consentimiento para todas ellas y en cualquier momento puede revocarlo.
8. Condiciones particulares del caso:

Es fundamental que nos advierta de:

- de cualquier alergia que tenga ó sospeche tener.
- de cualquier enfermedad que usted padezca.
- si experimenta mareos frecuentemente y de los medicamentos que esté tomando.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el/la dentista que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas planteadas. En tales condiciones, CONSIENTO que se realice el tratamiento, y para que conste firmo el presente

En _____, _____ de _____ de

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal

D./Dña. _____ de _____ años y

D.N.I. _____ en calidad de _____

(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

REVOCO:

El consentimiento prestado en este documento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA LOCAL ORAL

D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

DECLARO:

Que el/la Dentista D./Dña. _____

abajo firmante me ha explicado que es conveniente, administrarme anestesia local oral dándome la siguiente información:

1. Consiste en proporcionar, mediante una inyección, de una sustancia (anestésico local) que provocan un bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor.
2. Me ha explicado que tendré la sensación de acorchamiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer en dos o tres horas.
3. También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa, pequeños hematomas, dolor y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento posterior, y que la anestesia puede provocar mareos, bien por la ansiedad ó disminución de la tensión arterial que debe ser comunicado inmediatamente a el /la dentista para adoptar las medidas correctoras oportunas y evitar tan incómoda sensación.
4. Comprendo que aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o alergia al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticaria, dermatitis, asma, edema angioneurótico, que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.
5. Condiciones particulares del caso:

Es fundamental que nos advierta de:

- de cualquier alergia que tenga ó sospeche tener.
- de cualquier enfermedad que usted padezca.
- si experimenta mareos frecuentemente y

de los medicamentos que esté tomando.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el/la dentista que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas planteadas. En tales condiciones, CONSIENTO que se realice el tratamiento, y para que conste firmo el presente

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal

D./Dña. _____ de _____ años y
D.N.I. _____ en calidad de _____
(Paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal) de D./Dña.

REVOCO:

El consentimiento prestado en este documento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____, _____ de _____ de _____

Firma del/de la Dentista

Firma del/de la paciente, padre/madre,
tutor/tutora o representante legal