



**Paciente:**

.....

**Tutor legal:** .....

**Edad:** .....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES**

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que el Dr. Antonio Marino, Cirujano Maxilofacial, me ha informado y he comprendido lo siguiente:

1. **Naturaleza y Propósito del Procedimiento:** He sido informado sobre el procedimiento de exodoncia de terceros molares (muelas del juicio), su necesidad, procedimiento, alternativas, riesgos, y consecuencias de no realizar el tratamiento.
2. **Riesgos y Limitaciones:** Entiendo que la Cirugía Maxilofacial no garantiza resultados exactos y que no todos los riesgos o complicaciones pueden preverse. Un resultado no deseado no implica necesariamente un error.
3. **Anestesia Local y sus Efectos:** Se me ha explicado que el procedimiento se realizará bajo anestesia local. He sido informado sobre los posibles efectos secundarios, como adormecimiento facial, posibles reacciones alérgicas, dolor en el punto de inyección, y otros riesgos relacionados con la anestesia.
4. **Posibles Complicaciones:** Estoy consciente de las posibles complicaciones, incluyendo inflamación, dolor, infección, alveolitis seca, sangrado, daño a estructuras vecinas (dientes adyacentes, nervio alveolar inferior, nervio lingual), fracturas óseas, limitación en la apertura bucal, y cambios en la oclusión.
5. **Riesgo de Lesiones Nerviosas:** Comprendo que existe un riesgo de lesión temporal o permanente en los nervios alveolar inferior y lingual, lo que podría resultar en pérdida de sensibilidad en la lengua, labios y mejillas.
6. **Restos de Raíces Dentales y su Manejo:** Entiendo que, durante la exodoncia, pueden quedar intencionalmente o casualmente restos de raíces

dentales. La mayoría de las veces, estos restos son dejados en su lugar, ya que el organismo tiende a tolerarlos y, con los años, puede reabsorberlos. Sin embargo, en algunos casos pueden requerir manejo adicional.

7. **Necesidad de Procedimientos Adicionales:** Entiendo que en algunos casos puede ser necesario realizar procedimientos adicionales, como cirugía de hueso o tejidos blandos, para facilitar la extracción o tratar complicaciones.
8. **Recuperación y Cuidados Postoperatorios:** He sido informado sobre las recomendaciones de cuidado postoperatorio, incluyendo higiene oral, medicación, restricciones en la dieta y actividad física, y la necesidad de controles de seguimiento.
9. **Resistencia de la mandíbula:** El retiro de un tercer molar debilita la zona operada y frente a un golpe hay mayor posibilidad de fractura durante los primeros 6 meses. No se recomiendan deportes o actividades que involucren traumatismos en la zona.
10. **Uso de Imágenes:** Autorizo la toma de fotografías o registros audiovisuales para fines científicos y docentes, garantizando la protección de mi identidad.
11. **Comprensión y Aclaraciones:** He comprendido la información proporcionada y he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas.
12. **Derecho de Revocación:** Soy consciente de que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, entendiendo las consecuencias de esta decisión.

Nombre del procedimiento:

Confirmando que he recibido información suficiente y detallada, comprendiendo los riesgos y especificidades del tratamiento. Por tanto, doy mi consentimiento para que se realice la exodoncia de terceros molares bajo anestesia local.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Dr. Antonio Marino:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_