CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA ORAL

(En cumplimiento de la ley 23 de 1981 y las guías Prácticas para la Seguridad del Paciente. Ministerio de la Protección Social de 2010)

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

Centro de Atención: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con documento de identidad número: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedido en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado(a) en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para que en ejercicio legal de su profesión se me practique el procedimiento cirugía \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en los diente(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y/o cuadrante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,adicional se me ha informado y explicado lo siguiente:

1. Que pueden surgir complicaciones tales como:

a. Inflamación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b. Dolor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c. Hemorragia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

d. Parestesia y paresia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e. Dehisencia de puntos o colgajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

f. Necrosis del colgajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

g. Rechazo de injerto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

h. Infección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

i. Halitosis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La posibilidad de aplicación de anestesia local y sus posibles complicaciones: Parestesia y parecía, inflamación, hematoma, inflamación por infiltración de vasos sanguíneos, entre otros, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

He sido informado(a) en forma clara a cerca de la naturaleza y propósito del tratamiento y de las sustancias o insumos involucrados, beneficios, complicaciones, efectos secundarios, riesgos previsibles y consecuencias, se me han informado, acuerdo por la presente liberar a la ESE DEPARTAMENTAL SOLUCION SALUD , a sus empleados y cuerpo odontológico de alguna responsabilidad con respecto al permiso para este procedimiento odontológico y a los riesgos o resultados desfavorables inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión para dicho tratamiento.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad legal o mental para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa.

**RECOMENDACIONES DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA**

* No escupa ni se cubra con pañuelos o bufandas.
* No realice actividad física.
* Aplíquese hielo sobre la zona de la cirugía durante las primeras 24 horas post quirúrgicas a partir de ahí, inicie intermitentemente con calor húmedo teniendo cuidado de no quemarse, esto ayudara a disminuir la equimosis o morado si lo presenta.
* Realice su higiene bucal común y corriente, suavemente en el lugar de la cirugía teniendo en cuenta de no retirar los puntos o cementos quirúrgicos que se hayan dejado, si se llegan a caer por favor acuda de nuevo a su especialista.
* Si presenta sangrado profuso o hemorragia, fiebre, inflamación persiste y excesiva o reacciones a los medicamentos por favor acuda de inmediato a su especialista.
* Duerma con dos almohadas evitando tener la cabeza demasiado inclinada y no se acueste por el lado en que se realizo la cirugía.
* En lo posible mantenga dieta líquida y/o blanda (no lácteos por 3 días) y recuerde mantener el aseo adecuado en su boca.
* Realice las recomendaciones de los enjuagues y aplique e ingiera los medicamentos que su especialista le asigno, NO se automedique.
* No fume ni consuma bebidas alcohólicas.
* Recuerde asistir a su control postquirúrgicos de acuerdo a las indicaciones de su especialista.

**Otras Recomendaciones:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del paciente Nombre y firma del responsable

C.C. No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_ C.C. No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Odontólogo

C.C. No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_