

ANESTESIA LOCAL

Estimado Paciente:

Rogamos lea atentamente este documento y preste su consentimiento antes de su primera atención dental.

Recuerde que es su derecho y deber de su odontólogo explicarle detalladamente cada uno de los puntos aquí tratados.

Por tanto, usted presta en consentimiento informado en los siguientes términos:

DECLARO:

Que el Doctor me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de ANESTESIA LOCAL

1.- El propósito principal de la anestesia es interrumpir transitoriamente la función sensitiva con el fin de realizar el tratamiento sin dolor.

2.- La anestesia consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los impulsos nerviosos, de tal manera que se interrumpe transitoriamente la función sensitiva.

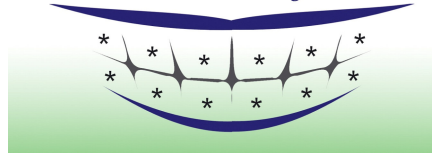
3.- El odontólogo me ha explicado que tendré la sensación de adormecimiento del labio o de la cara, que normalmente va a desaparecer espontáneamente en dos o tres horas.

También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, dependiendo del lugar en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa, dolor, hematoma y, en algunas ocasiones limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior. Así mismo puede provocar bajada de presión y sensación de mareo.

Comprendo que, aunque según se me ha explicado, de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o hipersensibilidad al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticaria, dermatitis de contacto o general, asma, edema angioneurótico, que, en casos extremos, pueden requerir tratamiento urgente.

Centro Ortodoncia y Especialidades

Clínica Dr. Juan Pablo Vergara Bize



4.- El odontólogo 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, y que por mi situación actual (diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad) pueden aumentar riesgos y complicaciones.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento, y en tales condiciones.

CONSENTO

CENTRO ORTODONCIA Y ESPECIALIDADES

Dr Juan Pablo Vergara Bize

<http://www.ortodonciayespecialidades.cl>

