

## EXTRACCIÓN SIMPLE

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 es conveniente proceder, en mi situación, a la EXTRACCIÓN DEL DIENTE/MOLAR

En consecuencia, comprendo que no mantendré ese diente/molar y, que, únicamente, podrá ser sustituido por una prótesis.

**1.-** El propósito de la intervención es la extracción del diente/molar, ya que, aunque podría recurrir a técnicas conservadoras como la periodoncia o la endodoncia, las descarto por el estado que presenta, y que hace imposible su conservación.

**2.-** La intervención puede precisar de anestesia local, de cuyos riesgos también se me ha informado.

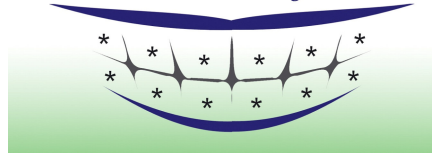
**3.-** La intervención consiste en la aplicación de un forceps a la corona, practicando la luxación con movimientos de lateralidad, de manera que pueda desprenderse fácilmente del alvéolo donde está insertada.

**4.-** Aunque se me han realizado los medios diagnósticos que se han estimado precisos (radiografía ), comprendo que es posible que el estado inflamatorio del diente/molar que se me va a extraer pueda producir un proceso infeccioso, que puede requerir tratamiento con antibióticos y/o antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento puede producirse una hemorragia, que exigiría, para cohibirla, la colocación en el alvéolo de una gasa seca.

También sé que en el curso del procedimiento pueden producirse, aunque no es frecuente, la rotura de la corona, heridas en la mucosa de la mejilla o en la lengua, inserción de la raíz en el seno maxilar, fractura del tabique

## Centro Ortodoncia y Especialidades

Clínica Dr. Juan Pablo Vergara Bize



interradial o de la tuberosidad, 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.

5.- 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 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>

