Tu LOGO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE CIRUGÍA BUCAL**

Yo, *nombre del paciente* de *edad* (representante legal o tutor/a de ) que me identifico con el documento de identidad y que resido en el domicilio de *dirección completa de casa* por medio del presente documento hago constar lo siguiente.

* Que he acudido a la clínica *nombre de clínica* donde he sido atendido por *nombre de odontólogo*
* Me han explicado de forma clara el diagnostico de la enfermedad, que padezco, así como su evolución y los daños que ha generado; al igual que las alternativas de tratamiento para dicha enfermedad.
* He aceptado que el tratamiento que se me practique sea *describir el procedimiento que hará*
* He entendido los posibles riesgos y complicaciones del plan de tratamiento propuesto para mi caso particular.
* Se me ha explicado que para poder ser intervenido debo presentar los exámenes de laboratorio que el profesional de cirugía bucal crea necesarios.
* He aceptado que se me practiquen tomas de imágenes como radiografías, fotografías o videos del procedimiento, y se me ha garantizado que se guardará mi identidad o la de mi representado/a, usándolas para mi expediente médico.
* Comprendo que en el área de cirugía bucal todos los procedimientos no están exentos de las complicaciones frecuentes como lo son:
  + Riesgo de la técnica de anestesia que se utiliza
  + Posible inflamación y dolor del área afectada en la intervención
  + Dificultad para abrir la boca y masticar; después del procedimiento
  + Riesgo de hemorragia y aparición de hematomas en zonas adyacentes
  + Infección de las heridas quirúrgicas
  + Posibilidad de perdida de sensibilidad temporal o no
  + Riesgo de fracturas óseas, sinusitis, dislocación mandibular, comunicación bucosinusal.
* Estoy enterado que se me darán indicaciones pre y post operatorias, según convenga a mi caso en particular, así como la indicación farmacológica que pueda requerir antes o después de la intervención.
* Confirmo que se me han aclarado todas mis dudas en torno al procedimiento quirúrgico que se me ha propuesto y me comprometo a cumplir con las indicaciones, las citas necesarias y los controles pertinentes.

Doy mi consentimiento y autorización para la intervención descrita anteriormente, sin coacción ni manipulación de ningún tipo.

Firma de paciente

Firma de doctor/a

Fecha