|  |  |
| --- | --- |
| **I. Datos personales del paciente** | |
| Fecha (Día/Mes/Año): ${FECHA} Nombre completo: ${NOMBRE\_COMPLETO}  Documento de Identidad: No ${NRO\_DOCUMENTO\_IDENTIDAD} tipo de documento: ${TIPO\_DOCUMENTO\_IDENTIDAD} Sexo: ${SEXO} Edad: ${EDAD} Celular: ${CELULAR} Teléfono ${TELEFONO} Email: ${CORREO\_ELECTRONICO}  Dirección ${DIRECCION} Ciudad/Municipio ${CIUDAD\_MUNICIPIO} | |
| **II. Información del Procedimiento** | |
| ***a) Nombre del Procedimiento*** | ***b) Descripción del Procedimiento*** |
| **CIRUGIA ORAL CON ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA LOCAL** | Procedimiento clínico-odontológico de intervención a las estructuras de la cavidad oral: encía, hueso, tejidos orales o dientes; para corregir malformaciones o patología orales. Para realizarlo es necesario, proporcionar una inyección de anestesia local (${ANESTESIA\_LOCAL} Epinefrina) que provoca un bloqueo reversible de los nervios, para inhibir transitoriamente la sensibilidad y realizar el tratamiento con disminución de dolor. Diente N° ${NRO\_DIENTE} |
| ***c) Consecuencias Seguras del Procedimiento*** | ***d) Riesgos Típicos del Procedimiento*** |
| Inflamación de la cara o de la zona tratada; afecciones relacionadas con la medicación formulada; múltiples posibles afecciones relacionadas con la aplicación de anestesia de sensación molesta, ulceración de la mucosa, dolor, hematoma en la zona, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, urticaria, dermatitis, asma, edema angioneurótico (asfixia). Debido a la anestesia se produce sensación de acorchamiento del labio o de la cara; posible ulceración de la mucosa; pequeños hematomas; dolor en la zona de punción; sensación de hormigueo; posibles mareos; interacción del anestésico con los medicamentos tomados por el  paciente. | Hemorragia, infección, alveolitis, edema, perdida de la sensibilidad dental y/o de zonas de cavidad oral y cara; fractura ósea, comunicación con senos paranasales; parestesia, equimosis, trismos, limitación de apertura; fractura diente; desplazamiento pieza dental; laceración tejidos; ingestión pieza dentaria o de instrumental; alteraciones sistémicas.  Debido a la anestesia se produce limitaciones en el movimiento de apertura de la boca; afectación de mayor duración o permanente del nervio bloqueado; pérdida de la sensibilidad de mayor duración o de manera permanente; fractura de la aguja que pueda requerir tratamiento  posterior para su extracción; isquemia o necrosis de tejido en la zona de la aplicación. |
| ***e) Riesgos Personalizados del Procedimiento (si no aplica escriba NINGUNO)*** | |
|  | |
| **III. Declaración del Paciente** | |
| **1. Aceptación** | |
| Se me ha explicado la naturaleza del procedimiento que se me practicará y los riesgos que se pueden presentar. Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.  Además doy fe de que se me ha dado oportunidad de hablar sobre mi enfermedad y el tratamiento propuesto, de realizar las preguntas que he juzgado convenientes para resolver mis dudas, las cuales fueron contestadas por el profesional de la salud tratante.  Sé y acepto que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y que por lo mismo no se me ha prometido ni garantizado resultados definitivos. He comprobado que mi profesional de la salud tratante ha estudiado mi problema y que tiene a disposición la tecnología adecuada para realizar el procedimiento, dentro de las limitaciones humanas.  Teniendo en cuenta todo lo anterior, **Acepto** y doy mi consentimiento libre y voluntario para que el profesional de la salud tratante me realice el procedimiento entiendo y acepto libremente los riesgos, reacciones, complicaciones y resultados insatisfactorios que puedan derivarse de la misma y de los procedimientos relacionados con ella, los cuales reconozco que pueden presentarse a pesar de que se tomen las precauciones usuales para evitarlos. Me comprometo a cumplir fielmente con las recomendaciones, instrucciones y controles indicados después del procedimiento. Certifico que el presente documento lo he leído y lo he entendido a cabalidad. | |
| *Paciente*  Nombre: ${NOMBRE\_COMPLETO} Firma: ${FIRMA\_PACIENTE}  N° Identificación: ${NRO\_DOCUMENTO\_IDENTIDAD} | *Representante Legal o Familiar* Nombre: ${REPRESENTANTE} Firma: ${FIRMA\_REPRESENTANTE}  N° Identificación: ${NRO\_IDENTIFICACION\_REPRESENTANTE} Parentesco: ${PARENTESCO} |
| **2. No Aceptación** | |
| *Consecuencias probables y graves de no aceptar realizar el procedimiento:* | |
| Infección y sobreinfección; neuralgia; reabsorción radicular; reabsorción ósea; celulitis; empeoramiento de la condición actual; aparición o aumento en la sintomatología o de abscesos que pueden requerir hospitalización, afecciones en otros organismos de cavidad oral ( hueso, tejido blando, dientes adyacentes, entre otros), aparición o aumento de la condición inflamatoria. En caso de no utilizar anestesia local se presenta, dificultad en la atención odontológica, procedimientos dolorosos, posibles procedimientos temporales por no poderse realizar los procedimientos definitivos, experiencias desagradables, traumatismos, dificultad para la atención de próximos procedimientos, problemas relacionados con el aumento de la ansiedad y el estrés. | |
| Por medio del presente documento manifiesto que se me ha explicado adecuadamente lo concerniente a mi enfermedad y la necesidad de recibir tratamiento y control mediante el procedimiento debido a mi condición de salud, sus objetivos, posible duración y alcance además de los riesgos para mi vida y mi salud en caso de no aceptar. Se me ha respetado el derecho a la libre elección como paciente y/o representante legal o familiar.  Sin embargo **No Acepto que se realice el procedimiento**. Entiendo las consecuencias de la decisión tomada que quedan bajo mi responsabilidad. Confirmo que se me han aclarado las dudas que han surgido y en consecuencia firmo de forma voluntaria como manifiesta mi negación a recibir los servicios de salud señalados. Certifico que el presente documento lo he leído y lo he entendido a cabalidad. | |
| *Paciente*  Nombre: ${NOMBRE\_COMPLETO} Firma: ${FIRMA\_PACIENTE}  N° Identificación: ${NRO\_DOCUMENTO\_IDENTIDAD} | *Representante Legal o Familiar* Nombre: ${REPRESENTANTE} Firma: ${FIRMA\_REPRESENTANTE}  N° Identificación: ${NRO\_IDENTIFICACION\_REPRESENTANTE} Parentesco: ${PARENTESCO} |
| **IV. Información de los Profesionales de la Salud** | |
| *Información de quien explica el consentimiento informado*  Nombre: Firma:  Cargo:  Registro: | *Información de quien va a realizar el procedimiento*  Nombre: ${NOMBRE\_DOCTOR} Firma: ${FIRMA\_DOCTOR} Cargo:  Registro: |