

# Declaración Del Consentimiento Para La Cirugía Oral

Patient Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Chart Number \_\_\_\_\_

1. Autorizo por este medio el Dr. \_\_\_\_\_ para tratar la condición (s) descrito abajo.
2. El procederé(s) necesario para tratar la condición (s) se ha explicado a mí y entiendo la naturaleza del procedimiento para ser: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Me han informado métodos de tratamiento alternativos posibles (si cualquiera).
4. He entendido más lejos que esto es un procedimiento electivo y otras formas de tratamiento o de ningún tratamiento en todas son las opciones que tengo, y que este tratamiento (en la opinión de mi doctor) proporcionará la relación óptima entre los dientes, quijadas, músculos, y el empalme temporomandibular (de la quijada) que es posible en este tiempo.
5. El doctor ha explicado a mí que hay ciertos riesgos inherentes y potenciales en cualquier plan o procedimiento del tratamiento, y eso en este caso específico que tales riesgos operativos incluyen, pero no se limitan a, el siguiente:
  - A. Malestar e hinchazón postoperatorios que pueden hacer necesario varios días de la recuperación casera.
  - B. Sangría pesada que puede ser prolongada.
  - C. Lesión a los dientes y a los rellenos adyacentes.
  - D. Infección postoperatoria que requiere el tratamiento adicional.
  - E. El estirar de las esquinas de la boca con agrietarse resultante y la contusión.
  - F. Abertura restringida de la boca para varios días o semanas.
  - G. La decisión para dejar un pedazo pequeño de la raíz en la quijada cuando es retiro requeriría cirugía extensa.
  - H. Fractura de la quijada.
  - I. Lesión al nervio subyacente los dientes dando por resultado entumecimiento o zumbar de la barbilla, labio, mejilla, gomas y lengüeta en el lado funcionado: esto puede persistir por varias semanas, meses, o en casos alejados, permanentemente.
  - J. Abertura del seno (una cavidad normal situada sobre los dientes superiores) que requiere cirugía adicional.
  - K. Si es intravenoso se utiliza la medicación, el dolor en el sitio de la inyección o a lo largo de la vena puede convertirse tan bien como una cierta descoloración del sitio de la infección.
  - L. Las complicaciones anestésicas pueden incluir náusea, el vomitar, aspiración, laryngospasm, reacciones alérgicas, hiperactivo/hipotensión, fallo cardiaco.
  - M. Otro: \_\_\_\_\_

6. Se ha explicado a mí eso, durante el curso del procederé(s) que las condiciones imprevistas se pueden revelar que hacen necesario una extensión del procederé(s) original o de diverso procederé(s) que éstos fije el cuarto en el párrafo 2 arriba. I por lo tanto autoriza y solicita que las personas describen en el párrafo 1 arriba realizan los procedimientos tales como son necesario y deseable en el ejercicio del juicio profesional. La autoridad concedida bajo este párrafo 5 extenderá al tratamiento de todas las condiciones que requieran el tratamiento y no se sepan que en ese entonces el procedimiento original está comenzado.
7. Consiento a la administración de la anestesia, incluyendo local, intravenoso, yo anestesia general en la conexión con el procederé(s) referido arriba, por cualquiera de las personas descritas en el párrafo 1 arriba, y al uso de los anestésicos tales como puede ser juzgado recomendable a excepción de \_\_\_\_\_ a el cual me dije era alérgico.
8. Medicaciones, drogas, los anestésicos y las recetas pueden causar somnolencia y la carencia del conocimiento y de la coordinación, cuál se puede aumentar en uso del alcohol o de otras drogas; así, me han aconsejado no funcionar nay el vehículo, automóvil o dispositivos peligrosos, o trabajo, mientras que toma tales medicaciones yo drogas; o hasta recuperado completamente de los efectos igual. Entiendo y acuerdo no funcionar cualquier vehículo o dispositivo peligroso por lo menos veinticuatro (24) horas después de mi lanzamiento desde cirugía o hasta más futuro recuperado de los efectos de la medicación y de las drogas anestésicas que se pudieron haber dadome en la oficina o el hospital para mi cuidado. Acuerdo no conducirme hogar después de que cirugía y haré que un adulto responsable me conduzca o me acompañe hogar después de mi descarga de cirugía si he recibido algunas medicaciones sedativas.
9. Se ha explicado a mí, y entiendo que un resultado perfecto no está garantizado o no está autorizado y no puedo ser garantizado o ser autorizado.
10. Certifico que leo y escribo español y he leído y entiendo completamente este consentimiento para la cirugía.

**HAGA POR FAVOR LAS PREGUNTAS DEL DOCTOR SI TIENE USTED REFERENTES A ESTA FORMA DEL CONSENTIMIENTO.**

Patient Full Name (Print) \_\_\_\_\_

Patient Signature \_\_\_\_\_

Oral Surgeon Signature \_\_\_\_\_