autorizacion o CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Usted tiene derecho a que se le informe de su condición o enfermedad así como del plan de tratamiento apropiado. El objeto de esta autorización, forma o declaración es el de proporcionarle suficiente información que le ayude a comprender los riesgos y posibles complicaciones asociadas con el tratamiento propuesto. Así pues, Ud. podrá decidir si desea **aprobar o negar** el tratamiento que le están proponiendo.

Nombre y Apellido del paciente Fecha de hoy

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE CADA PARRAFO Y ESCRIBA SUS INICIALES EN EL ESPACIO PROVISTO PARA TAL EFECTO. SI DESEA FORMULAR CUALQUIER PREGUNTA, PREGÚNTELE A SU MÉDICO **ANTES** DE ESCRIBIR SUS INICIALES.

El Doctor me ha explicado que mi enfermedad es:

Se me ha explicado que el procedimiento necesario para tratar mi enfermedad es:

Se me ha informado también de otros posibles métodos alternativos de tratamiento; si existe alguno (other possible treatment):

Entiendo que puedo libremente decidir por cualquiera de las formas de tratamiento arriba expuestas e inclusive puedo decidir no recibir tratamiento alguno. Cada una de estas alternativas tiene riesgos los cuales han sido explicados a mi entera satisfacción.

Mi doctor me ha explicado que existen ciertos riesgos específicos y otros efectos secundarios relacionados con el tratamiento propuesto. Algunos de estos riesgos incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:

1. Malestar e hinchazón postoperatorio que pueden requerir varios días de recuperación en mi casa
2. Hemorragias severas o desangramiento prolongados que pueden requerir tratamiento adicional.
3. Lesiones o daños a los dientes adyacentes o sus restauraciones (calzas o rellenos).
4. Infección postoperatoria que pudiese requerir tratamiento adicional.
5. Retraccion de las comisuras de la boca, que podrian resultar en heridas que pudiesen tardar mucho tiempo en curarse adecuadamene.
6. Dificultad para abrir la boca durante el proceso natural de recuperación postoperatoria. En algunas ocasiones, ésta dificultad esta relacionada también con hinchazón de la cara, dolor muscular y tensión en las articulaciones de la mandíbula (temporomandibulares). Esto último es particularmente probable si existen problemas previos (preexistentes) de dicha articulación.
7. Decisión de dejar una porción de la raíz del diente dentro del hueso, cuando dicha extracción pudiese requerir prolongar la operación e incurrir o traer como consecuencia complicaciones mayores o adversas para Usted. Fractura de la mandíbula o maxila (Esta rara complicación pudiese ocurrir en extracciones o intervenciones quirúrgicas muy complicadas).
8. Daño a los nervios adyacentes a los dientes inferiores, provocando dolor, sensación de entumecimiento, hormigueo y otras molestias sensoriales en el mentón, labios, carrillo, cachete, dientes, encías o lengua (incluyendo la posibilidad de la pérdida del sentido del gusto). Estas molestias podrían persistir durante varias semanas o meses y en muy raras ocasiones, pudiesen ser permanentes.
9. Apertura o comunicación del seno maxilar (cavidad normal situada encima de los dientes superiores) con la boca. Este problema es normalmente autolimitante y no es requerido tratamiento adicional, excepto en algunas raras ocasiones donde cirugía o tratamientos adicionales pudiesen ser necesarios para cerrar dicha apertura o comunicación.
10. Alveolitis (pérdida de el coágulo de sangre en la zona operada). Esto trae como consecuencia gran dolor y tratamiento adicional es necesario.
11. Reacciones alérgicas (desconocidas antes de la intervención) a cualquier medicamento utilizado en el tratamiento.

 Se me ha explicado claramente que durante el curso del tratamiento, podrían presentarse problemas no previstos que pudiesen requerir cambios en el procedimiento explicado anteriormente en el párrafo 2 de la página anterior. Yo autorizo plenamente a mi doctor y al personal por él asignado, a utilizar su criterio profesional para llevar a cabo todos los procedimientos adicionales que resulten necesarios para completar la cirugía exitosamente.

 **ANESTESIA**

El tipo de anestesia que yo he elegido para esta intervención es:

* Anestesia local.
* Anestesia local con analgesia a través del uso de una combinación de óxido nitroso (gas de la risa) y oxígeno.
* Anestesia local con premedicación oral.
* Anestesia local con sedación intravenosa.
* Anestesia general.

 **RIESGOS DE LA ANESTESIA**: Incluyen pero no se limitan exclusivamente a malestar general, hinchazón, magullamiento, infección, entumecimiento prolongado y reacciones alérgicas. Podría producirse inflamación (flebitis) en la zona de la inyección intravenosa, que podría causar molestias prolongadas y/o incapacidad, las cuales pudiesen requerir atención especializada. Las nauseas y los vómitos, aunque poco frecuentes, son efectos secundarios de la sedación intravenosa o anestesia general. La sedación intravenosa o la anestesia general son procedimientos médicos de riesgo y aunque son considerados extremadamente seguros, podrían conllevar también a riesgos muy poco frecuentes como por ejemplo, irregularidades cardiacas, ataque al corazón, apoplejía, accidentes cerebro-vasculares e incluso la muerte.

 **SUS OBLIGACIONES EN CASO DE QUE USTED DESEE UTILIZAR SEDACION INTRAVENOSA O ANESTESIA GENERAL**:

1. Debido a que los medicamentos usados para dar sedación intravenosa y/o anestesia general causan somnolencia prolongada, usted debe estar acompañado por un adulto responsable para que le lleve a su casa y permanezca con usted hasta que se haya recuperado lo suficiente como para cuidar de sí mismo. Esta supervisión debería de ser prolongada por lo menos 24 horas.
2. Durante el periodo de recuperación postoperatorio inmediato, no deberá conducir, manejar maquinaria pesada, o estar a cargo de dispositivos complejos. No se recomienda tampoco tomar decisiones importantes o complejas durante este periodo.
3. Deberá tener el estómago completamente vacío al momento de la operación. ES DE VITAL IMPORTANCIA QUE NO COMA NI BEBA NADA DURANTE LAS **6 HORAS PREVIAS** A LA SEDACION INTRAVENOSA O ANESTESIA GENERAL. **DE NO HACERLO ASÍ, ¡PODRÍA PONER SU VIDA EN PELIGRO !**
4. Si usted toma medicinas diariamente por indicaciones de su médico, es muy importante que usted siga tomando todas esas medicinas (como por ejemplo, medicinas para la alta presión, antibióticos, etc.) con **sólo un pequeño sorbo de agua (suficiente para tragar).**

 Se me ha explicado y entiendo perfectamente que no se garantiza ni se puede garantizar un resultado postoperatorio perfecto.

 He leído y entiendo perfectamente ésta autorización o consentimiento para la intervención quirúrgica propuesta. El doctor me ha explicado y respondido todas mis preguntas a mi entera satisfacción antes de escribir mis iniciales en cada párrafo.

POR FAVOR, PREGÚNTELE A SU MÉDICO CUALQUIER DUDA QUE USTED TENGA CON RESPECTO A ESTA FORMA, AUTORIZACION O CONSENTIMIENTO.

Firma del paciente o del tutor legal Fecha

Firma del doctor Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del testigo Fecha Fecha