

# PERMISO PARA CIRUGIA ORAL

ESTA DECLARACION ES PARA INFORMARLE CORRECTAMENTE, PARA QUE USTED PUEDA PROPIAMENTE DAR O NEGAR SU PERMISO PARA LOS PROCEDIMIENTOS EXPLICADOS, DESPUES DE SABER LOS RIESGOS Y PELIGROS ENVUELTOS.

**NOMBRE DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

- 1) YO POR ESTE MIEDIO AUTORIZO A \_\_\_\_\_ Y A OTROS AGENTES, ASISTENTES O EMPLEADOS ELEOIDOS POR EL, PARA TRATAR LA CONDICIO.  
2) EL PROCEDIMIENTO NECESARIO PARA TRATAR LA CONDICION QUE HAN SIDO EXPLICADO A MI, YO ENTIENDO COMPLETAMENTE LA NATURALEZA DE LOS PROCEDIMIENTOS \_\_\_\_\_

- 3) YO HE SIDO INFORMADO DE TODOS LOS TRATAMIENTOS ALTERNOS (SI HAY ALGUNOS)

INCLUYENDO \_\_\_\_\_  
YO ENTIENDO QUE OTRAS FORMAS DE TRATAMIENTO O EN CASO DE NO TRATAMIENTO SON DECISIONES QUE YO HE TOMADO Y QUE LOS RIESGOS DE ESAS DECISIONES HAN SIDO PRESENTADAS A MI.

- 4) MI DOCTOR ME HA EXPLICADO QUE SIEMPRE HAY RIESGOS POSIBLE CON CUALQUIER CIRUGIA. PERO MUY RARA VEZ OCURRE  
EN ESTOS ESPECIFICOS INSTANTES ESOS RIESGOS SON INCLUIDOS, PERO NO SON LIMITES A LOS SIGUIENTES

- MALESTAR E HINCHAZON DESPUES DEL PROCEDIMIENTO, QUE SE REQUIERE CIERTOS DIAS DE RECUPERACION.
- SANGRAMIIENTO PROLONGADO QUE REQUIERA TRATAMIENTO ADICIONAL.
- DANO A DIENTES ADYACENTES O RESTAURADOS.
- INFECCION DESPUES DEL PROCEDIMIENTO.QUE PUEDA REQUERIR TRATAMIENTO ADICIONAL.
- ESTIRAMIENTO DE LOS LABIOS QUE CAUSAN MOLESTIA TEMPORAL.
- LA DECISION DE DEJAR UN FRAGMENTO PEQUENO DE RIAZ EN LA QUIJADA, CUANDO EL REMOVIMIENTO PUEDA REQUERIR CIRUGIA EXTENSA O IUESGOS CON OTRAS COMPLICACIONES.
- FRACTURA DE LA QUIJADA (EN PROCEDIMIENTOS MAS COMPLICADOS).
- DANO AL NERVIO QUE ESTA SITUADO DEBAJO DE LOS DIENTES, RESULTANDO EN ADORMECIMIENTO O NEURALGIA EN EL LABIO, CACHETE, ENCIAS, Y LENGUA, EN LA CUAL PUEDE PERMANECER POR ALGUNAS SEMANAS, MESES, YEN RARAS OCASIONES PERMANENTEMENTE.
- AL EXTRAER UNA MUELA CON RAICES LARGAS, QUE ESTAN SIIUADAS EN EL SENO NASAL, A VECES ES NECESARIO HACER CIRUGIA ADICIONAL
- DURANTE EL CURSODE TRATAMIENTO, IMPREVISTAS CONDICIONES PUEDAN REVELAR, NECESITAR EXTENSION DEL PROCEDIMIENTO ORIGINAL, YO AUTORIZO A MI DOCTOR Y MIEMBROS PARA EJECUTAR ESOS PROCEDIMIENTOS QUE SON NECESARIOS EN EL EJERCICIO DE UNA DECISION PROFESIONAL.
- YO CERTIFICO QUE HABLO ESPANOL, HE LEIDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE, ESTE PERMISO PARA CIRUGIA ORAL, Y ADEMAS ME HAN CONTESTADO TODAS MIS PREGUNTAS.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE ( O RESPONSABLE DEL MENOR)

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DOCTOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
FECHA