

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente

Procedimiento

El procedimiento de cirugía oral a llevarse a cabo:

Se me ha explicado a mi entera satisfacción todo el procedimiento que se llevara cabo.

Doy mi consentimiento para este procedimiento quirúrgico, así como a cualquier otra cirugía que es necesario o conveniente a juicio

Dr. _____ de _____. Estoy de acuerdo con el uso de anestesia local y sedación con óxido nitroso para este procedimiento cuando la sedación como se considera apropiado y necesario, estoy de acuerdo con el uso de sedación oral intravenosa o anestesia general para este procedimiento.

Entiendo que las complicaciones pueden surgir durante la cirugía y la anestesia. La mayoría de las complicaciones comunes de los procedimientos quirúrgicos orales son el dolor, infección, inflamación, sangrado y hematomas. En el caso del injerto o de los procedimientos de implantes, una complicación importante es que no sanan o el rechazo de estos efectos secundarios podrían verse agravadas por el uso de alcohol u otras drogas, no puedo realizarme ninguna cirugía hasta que esté completamente recuperado de sus efectos.

He recibido instrucciones de post operatorio y estoy totalmente de entender lo que se me ha explicado Reconozco que ha leído este documento, entender la información presentada, y han tenido todos sus preguntas con respuesta satisfactoria.

Enfermedad: _____

Alergia _____

Medicamentos _____

Cirugías: _____

Fuma. SI _____, NO _____ cuantos _____

Firmas: PCT: _____ Firma Dr.: _____

Firma anestesiólogo: _____

Fecha de cirugía. _____