



CENTRO DE ODONTOLOGÍA -> my-dentist-mallorca.com

Dr. Víctor J. Hernández Darías - Odontólogo* Dentista

Col.Nº 07001360 * NIF/NIE 78852805L

Avenida de Picasso 61 bjs drcha, E-07014 Palma de Mallorca

info@my-dentist-mallorca.com * Tel. (+34) 971 57 36 87 * Móvil (+34) 648 66 81 08 * Fax (+34) 971 57 36 88

Datos personales

Fecha:

Nombre y Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Intervención quirúrgica

bajo anestesia local

En su caso es necesario una intervención quirúrgica menor. El ámbito de la intervención se discute con usted en detalle. También es posible un tratamiento bajo sedación ligera o total, sobre el cual recibirá información adicional.

Es aconsejable haber comido y bebido algo antes de la intervención para evitar posibles problemas circulatorios posteriores.

Si se requiriese una muestra de tejido para un diagnóstico posterior, la extraeremos en la misma sesión y la enviaremos a un laboratorio competente.

Consentimiento para la intervención dental

Se me ha informado que se me va a realizar la intervención citada anteriormente. Se me informó adecuadamente sobre la naturaleza, la finalidad y el desarrollo de la intervención, así como sobre sus principales ventajas, desventajas y riesgos, también en comparación con otros métodos de análisis, tratamiento, cirugía y con la no realización de la intervención.

Soy consciente de que, en determinadas circunstancias, será necesario ampliar la intervención y que solo durante la operación se podrá saber si es necesaria dicha ampliación o una modificación de las medidas previstas. Se me ha informado de las posibles complicaciones físicas, psicológicas y profesionales en el periodo posterior a la intervención.

También se me informó de las siguientes complicaciones posibles:

- Hinchazón, hemorragias posteriores y dolor
- Trastornos en la cicatrización/infecciones
- Aspiración de cuerpos extraños
- Sensación de adormecimiento en el labio, la lengua, la nariz, la cara
- Lesión de nervios dentarios
- Lesión/pérdida de dientes, fractura de mandíbula
- Apertura del seno maxilar
- Inflamación del seno maxilar
- Reacciones alérgicas



VHD Dental

CENTRO DE ODONTOLOGÍA -> my-dentist-mallorca.com

Dr. Víctor J. Hernández Darias - Odontólogo* Dentista

Col.Nº 07001360 * NIF/NIE 78852805L

Avenida de Picasso 61 bjs drcha, E-07014 Palma de Mallorca

info@my-dentist-mallorca.com * Tel. (+34) 971 57 36 87 * Móvil (+34) 648 66 81 08 * Fax (+34) 971 57 36 88

Datos personales

Fecha:

Nombre y Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Se discutió en detalle cualquier problema particular que pudiera tener, en especial:

Se me ha informado que, en determinadas circunstancias, se realiza una documentación fotográfica de mi operación y estoy de acuerdo con ello. Aseguro que he mencionado en el historial clínico todas las dolencias y molestias que conozco, así como las alergias.

Se me instruyó sobre el comportamiento requerido antes y después de la intervención.

He leído y comprendido la declaración de consentimiento para el tratamiento.

La naturaleza, el alcance, los riesgos y las posibilidades de éxito del tratamiento me fueron explicados detalladamente en una charla informativa. Seguiré las indicaciones de comportamiento.

He reflexionado cuidadosamente sobre mi decisión y no necesito más tiempo para pensarlo.
Consiento plenamente el tratamiento.

Palma de Mallorca,

firma