



Datos personales

Fecha:

Nombre y Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Hoja de información para el
paciente
Extracción de dientes

Los intentos de conservar su diente han fracasado, y este está demasiado arruinado, inflamado o alargado. El diente se suele extraer con anestesia local. También es posible el tratamiento bajo sedación ligera o total, en cuyo caso recibirá información adicional.

Es aconsejable haber comido y bebido algo antes de la intervención para evitar posibles problemas circulatorios posteriores. Una fuerte presión y un tirón, así como ruidos desagradables son siempre normales. El diente se mantiene en su lugar por medio de pequeñas bandas elásticas en la cavidad dental (alvéolo), si éstas se rompen durante la extracción, esto puede producir un crujido muy fuerte.

Si el diente se rompe durante el procedimiento, es común realizar un fresado del hueso. El hueso que rodea la raíz del diente se ensancha para eliminar el trozo de raíz restante.

Informaremos sobre otras medidas en todo momento.

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
- Adormecimiento en el labio inferior, la lengua, la nariz, la cara
- Lesión/pérdida de dientes adyacentes, fractura de mandíbula
- Pérdida de otros dientes
- 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

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 del procedimiento.

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