

CONSENTIMIENTO INFORMADO

EXTRACCIÓN DENTAL

YO:

RUT:

FECHA:

1. Por la presente, yo como paciente autorizo a realizar el procedimiento de exodoncia compleja a colgajo, derivado del diagnóstico:
2. Se me ha explicado que este es el mejor tratamiento disponible para mi diagnóstico, y elijo este procedimiento sobre otras opciones terapéuticas por libre voluntad.
3. El procedimiento mencionado me ha sido totalmente explicado por el Profesional, entendiendo las consecuencias y potenciales riesgos, principalmente:
 - Hematomas por punción anestésica.
 - Hematomas en la zona de extracción.
 - Complicaciones post exodoncia como alveolitis, trismus o infección de espacios de cara y cuello.
 - Edema y dolor en zona de exodoncia.
 - Reagudización infecciosa.
 - Fracturas de la pieza tratada.
 - Pérdida parcial de la sensibilidad.
- 4 Soy consciente de que la práctica de la Odontología no es una ciencia exacta, y acepto que escapa al Profesional el garantizar los resultados al paciente, por lo que eximo de toda responsabilidad al profesional en caso de producirse alguna de las complicaciones mencionadas en punto 3.
- 5 He sido informado de cada paso del procedimiento, y el Profesional se ha comprometido a mantenerme informado en cada momento de la evolución y requerimientos de cada etapa del mismo.
- 6 He comprendido que para el éxito de tratamiento es imprescindible **seguir las instrucciones entregadas, mantener una higiene oral minuciosa y asistir a mis sesiones de control.**

- 7 **Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínicos**, y que he informado al profesional acerca de mi condición de salud general, alergias y/o consumo de medicamentos.
- 8 He leído detenidamente este consentimiento y lo he comprendido cabalmente, autorizando al Profesional señalado a realizar el procedimiento arriba descrito.

Firma paciente

Firma Profesional

Nombre Profesional:

Rut Profesional: