



## Autorización para Cirugía Oral

---

*Nombre del Paciente*

Con la presente Yo autorizo a

---

*Nombre del Doctor*

Y a cualquiera de sus colaboradores a realizar el siguiente procedimiento:

---

El doctor me ha explicado el tratamiento antes mencionado, así como sus posibles resultados. Yo entiendo que este es un procedimiento electivo y que hay otras formas de tratamiento disponibles, incluyendo la opción de no realizar ningún tratamiento.

El doctor me ha explicado que hay la posibilidad de ciertos riesgos en este plan de tratamiento o procedimiento; los cuales incluyen:

1. Adormecimiento u hormigueo de la barba, el cachete, el labio, las encías o de la lengua del lado en que se realice la operación, y que estos síntomas pueden durar varios días, semanas, meses y en casos raros ser permanentes.
2. El desarrollo de una infección postoperatoria, lo cual requiriera de tratamiento adicional.
3. Dolor, inflamación y/o sangrado después de la operación, por lo cual el paciente necesitará varios días de recuperación.
4. La decisión de dejar una pequeña porción de raíz en el hueso, cuando se requiera de cirugía más extensa para removerla.
5. La presencia de moretones o desgarre de los tejidos bucales debido al manipuleo de los mismos.
6. Perforación del seno nasal (cavidad normal localizada arriba de los dientes superiores) lo cual requerirá una cirugía mayor.
7. Apertura limitada de la boca por varios días o incluso semanas, con la posibilidad de una dislocación de la mandíbula o de la articulación temporomandibular.
8. Daño a dientes o restauraciones adyacentes.
9. En muy raras ocasiones infarto cardíaco o fractura de la mandíbula.
10. \_\_\_\_\_

En caso de que alguna condición imprevista surga durante el procedimiento y que esta requiera de un tratamiento diferente al antes mencionado o la intervención de un especialista. Yo autorizo al médico y/o a cualquiera de sus colaboradores a que realicen dicho procedimiento, cuando en su opinión profesional, este sea necesario.

Yo entiendo que medicinas, drogas y anestésicos administrados para este procedimiento pueden causar sueño, así como la falta de atención y coordinación. También entiendo de que no debo consumir bebidas alcohólicas o drogas porque pueden incrementar estos efectos. Entiendo que los anestésicos y drogas administradas pueden causar reacciones inesperadas, requiriendo tratamiento médico adicional. Me han aconsejado que no opere o maneje ningún tipo de vehículo o maquinaria hasta que me haya recuperado completamente de los efectos de estos medicamentos.

***No deje de consultar a su médico si tiene alguna pregunta.***

---

*Paciente, Padre o Tutor*

---

*Doctor*

---

*Date*