



## CONSENTIMIENTO INFORMADO EXTRACCIÓN DENTAL

Clínica dental: .....

Dr./Dra.: .....

Colegiado nº .....



Todas las extracciones requieren la colocación de anestesia local. Para comenzar a movilizar el diente que se va a extraer es necesario vencer a las fibras del ligamento que lo sujetan al hueso mediante el uso de diversos instrumentos diseñados para tal fin.

Una vez que el diente está móvil es cuando se emplean los fórceps, que sujetan al diente por su cuello y terminan de luxarlo, es decir, de desinsertarlo, por lo que se consigue su extracción.



Para facilitar la extracción de aquellas muelas que tienen más de una raíz o que están en una posición compleja es frecuente recurrir a la sección de la muela previamente. Así, se podrá extraer cada parte de forma separada, haciendo que el procedimiento sea más sencillo y delicado.



Después de la extracción del diente puede ser necesario limpiar el hueco que dejan sus raíces y dar algunos puntos de sutura, para favorecer la cicatrización de la zona. Siga toda la pauta farmacológica y las instrucciones de higiene que su odontólogo le indique.



**coem**   
Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y  
Estomatólogos de la 1ª Región

C/ Mauricio Legendre 38, 28046 Madrid - Tel. 91 561 29 05 / Fax: 91 563 28 30  
[www.coem.org.es](http://www.coem.org.es) @dentistasCOEM



**coem**   
Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y  
Estomatólogos de la 1ª Región

## CONSENTIMIENTO INFORMADO EXTRACCIÓN DENTAL

Yo, .....  
 mayor de edad y con DNI nº .....

En caso de paciente menor de edad, impedido o incapacitado

Yo, ....., con DNI nº .....  
 en calidad de padre, madre, tutor/a o representante legal del paciente.....  
 .....

### DECLARO:

- Que se me ha explicado que es necesario que se me realice una extracción de uno o más dientes.
- Que antes de iniciar dicho tratamiento he sido informado/a de que:
  - ⇒ El objetivo del tratamiento es extirpar un diente que es irrecuperable desde el punto de vista odontológico o es perjudicial para la salud del aparato masticador (estomatognático). Entiendo que únicamente podrá ser sustituido por una prótesis.
  - ⇒ El procedimiento requiere la aplicación de anestesia local, lo que provocará una sensación de acorchamiento del labio o de la cara que desaparecerá al cabo de unas horas. También, que la administración de la anestesia podría producir ulceración y/o hematoma del tejido, dolor y, en raras ocasiones, pérdida de la sensibilidad en la boca o en la cara. Asimismo, puede provocar bajada de tensión y mareo.
  - ⇒ Aunque me han realizado los medios diagnósticos que se han estimado precisos (considerado oportunos), comprendo que es posible que el estado inflamatorio del diente/molar que se me va a extraer pueda producir un proceso infeccioso y requiera un tratamiento con antibióticos y/o antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento puede producirse una hemorragia, la rotura de la corona, heridas en la mucosa de la mejilla o en la lengua, inserción de la raíz en el seno maxilar, fractura del maxilar; que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas y continuará con la extracción.
  - ⇒ Las complicaciones más frecuentes, generalmente con muy poca trascendencia, son: dolor e inflamación de la zona, aparición de hematomas, pequeños daños en los tejidos blandos de la zona afectada, infección de la herida, etc. Si fuera necesario, se le pautará la medicación precisa. Siga siempre las instrucciones de su odontólogo.
  - ⇒ Todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación actual ( ..... ) se pueden aumentar los riesgos.

### DECLARACIONES Y FIRMAS

#### PACIENTE

D. / Dª ..... con DNI .....  
 declaro que el/la facultativo/a, Dr/Dra .....  
 me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.  
 También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización.  
 He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **doy mi consentimiento** para que me realicen dicha exploración/intervención. He recibido copia del presente documento.  
 Sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.  
 En ..... a ..... de ..... de 20.....

Firmado, el/la paciente

#### REPRESENTANTE LEGAL

D. / Dª ..... con DNI .....  
 y domicilio en ..... calle ..... nº .....  
 declaro que el/la facultativo/a, Dr/Dra .....  
 me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.  
 También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para la situación clínica actual del paciente y las consecuencias previsibles de su no realización.  
 He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **doy mi consentimiento** para que realicen al paciente D./Dª ..... dicha exploración/intervención. He recibido copia del presente documento.  
 En ..... a ..... de ..... de 20.....

Firmado, el/la representante

#### FACULTATIVO

Dr/Dra. ....  
 He informado a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica. Asimismo, se le preguntó sobre posibles alergias, la existencia de otras enfermedades o cualquier otra circunstancia patológica personal que pudiera condicionar la realización de la exploración/intervención. Se incorpora este documento a la historia clínica del paciente.  
 En ..... a ..... de ..... de 20.....

Firma, nº de colegiado

**NEGATIVA DEL PACIENTE A LA REALIZACIÓN**

**REVOCACIÓN DE LA DECISIÓN POR EL PACIENTE**

En ..... a ..... de ..... de 20.....

Firmas: El paciente El/la facultativo/a Colegiado