



CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA EXODONCIAS
A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-002 V1 21-01-2022

Yo, _____, con _____ autorizo a CECIMIN S.A.S. y al equipo médico que ésta disponga para realizar el siguiente tratamiento: **APLICACION ANESTESICA. TECNICA TRONCULAR. EXODONCIA** _____, los posibles riesgos y complicaciones son: dolor, sangrado, inflamación, infección, pérdida total o parcial de la sensibilidad, enfermedad periodontal, daño a estructuras vecinas, avulsión o luxación de dientes vecinos., hematomas (morados), equimosis, trismus (limitación en apertura) , fracturas indeseadas, imposibilidad de exodoncias completas, comunicación oroantral (en exodoncias superiores), mala cicatrización, abrasión de comisuras labiales, reacciones adversas a los anestésicos locales u otras sustancias o elementos utilizados para la cirugía. entre otros propios del procedimiento y las posibles complicaciones originadas por la atención.

Me ha señalado los beneficios y posibles alternativas para el tratamiento a realizar son

El (La) Dr.(a). _____ me ha explicado en forma suficiente y adecuada en qué consiste el tratamiento y me ha indicado así mismo cuáles son sus consecuencias, ventajas, beneficios, posibles alternativas, riesgos y complicaciones que pueden presentarse, y me ha permitido hacer las preguntas necesarias las cuales se me han respondido en forma satisfactoria.

Entiendo por lo tanto que en el curso del tratamiento pueden presentarse situaciones especiales e imprevistas que requieren procedimientos adicionales y autorizo la realización de estos, que el profesional tratante considere necesarios. Adicionalmente el profesional me ha explicado y autorizo el uso de la Cápsula para control de aerosoles como medida implementada para la atención segura en la consulta odontológica y como complemento a los elementos de protección personal establecidos y que actúa como dispositivo de barrera para el control de aerosoles, partículas y microgotas, generados durante los procedimientos odontológicos.

Manifiesto que he comprendido y que soy consciente de mi responsabilidad de acatar las indicaciones sobre el cuidado del tratamiento y de no haber recibido garantías de su éxito y/o el de sus procedimientos. Comprendo las implicaciones del presente consentimiento, me encuentro en capacidad de expresarlo y dejo constancia que los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma.

El suscrito _____ deja constancia que ha explicado la naturaleza, propósito, ventajas, beneficios, alternativas, riesgos y complicaciones del tratamiento señalado y que han respondido todas las preguntas formuladas por el paciente o la persona responsable de éste.

FIRMA DEL PROFESIONAL Y NÚMERO DEL REGISTRO _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA EXODONCIAS
A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-002 V1 21-01-2022

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE*_____