

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Hipótesis Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Médico Cirujano – Dentista (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

Representante legal (si corresponde): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

La “Cirugía Mayor Ambulatoria” (CMA) es aquella en la que se realizan procedimientos quirúrgicos de mediana complejidad, y en la que el paciente acude al centro de salud el mismo día de la intervención y tras ésta regresa a su domicilio. Es un óptimo modelo de asistencia quirúrgica multidisciplinaria que permite tratar a los pacientes de una forma efectiva, segura y eficiente, con un ingreso inferior a 24 horas.

### Objetivo

La cirugía oral tiene como objetivo el tratamiento de las patologías dentoalveolares que son de resolución quirúrgica como también contribuir al diagnóstico de éstas.

### Características

La exodoncia de caninos o premolares incluidos, consiste en la extirpación de caninos o premolares intraóseos, ectópicos, con realización de colgajo, con osteotomía y posterior sutura, bajo anestesia local, regional o general. A veces la osteotomía es requerida.

### Riesgos

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos, como otros específicos del procedimiento:

Poco graves y frecuentes: edema y dolor postoperatorio.

Poco frecuentes y graves: infección local postoperatoria, hemorragia, parestesia, fracturas de los maxilares, comunicación buco-sinusal, fractura de tablas óseas, proyección de raíces dentarias hacia sitios no deseados, luxación de piezas dentarias vecinas, lesiones traumáticas de tejidos blandos.

Expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala, en tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe en forma ambulatoria la **CIRUGÍA RESCATE DE CANINOS INCLUIDOS**.

\_\_\_\_\_  
Firma Médico Cirujano - Dentista

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal

