

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Identificación del frenillo:

LABIAL SUPERIOR

LABIAL INFERIOR

LINGUAL

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivos

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 resección o plastia de frenillos consiste en la corrección quirúrgica de frenillos lingual y/o labial, cortos o hipertróficos, bajo anestesia local, regional o general.

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.

Se me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencias de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, tabaquismo crónico) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

Eventualmente, puede suceder que por complicaciones que se presenten durante la intervención, ésta se extienda o deban realizarse procedimientos adicionales no explicados con anterioridad. Así mismo, el tiempo de duración del postoperatorio dependerá de las características particulares de cada paciente, de la propia intervención quirúrgica descrita, y en el evento de presentarse complicaciones el período de recuperación y tiempo total de hospitalización podría sufrir variaciones, así como el de requerir ser trasladado a otro prestador para dar continuidad a sus cuidados de salud.

Declaro comprender las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición, formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala. Entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **RESECCIÓN O PLASTÍA DE FRENILLOS**

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal