



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA LOCAL

Nombre del paciente _____
de _____ años de edad, con domicilio en _____
_____ y con D.N.I. nº _____

DECLARO: Que el Odontólogo _____

me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local. Este procedimiento consiste en una inyección en la mucosa (parte blanda de la boca) con sustancias que provocan un bloqueo reversible de los impulsos nerviosos que inhiben transitoriamente la función sensitiva evitando el dolor. Me ha explicado que tendré la sensación de adormecimiento del labio o de las zonas de la cara que normalmente desaparecen espontáneamente en dos o tres horas. Se me explico que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor y, menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar baja de tensión arterial, en casos menos frecuentes, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente, e, incluso, excepcionalmente, la muerte. También se me explico que, aun cuando no registro antecedentes de mis antecedentes, uno de los componentes de la anestesia, la adrenalina, puede llegar a favorecer la aparición de una cardiopatía isquémica que debe ser tratada posteriormente. He comprendido 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 me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. Se me informo además que la secuencia de la intervención puede ser registrada en fotos o videos que serán destinados a fines científicos y/o educativos, preservando mi identidad.

Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. Y en tales condiciones Acepto libre y voluntariamente que se me administre anestesia local.-

Firma