

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA CON LASER

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad en relación con la Ley Orgánica 1/1982.

Yo, D/Doña.
 como paciente o (D/Doña como su representante),
en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que
 he sido debidamente INFORMADO/A, por el Dr.
 ,y en consecuencia, AUTORIZO a..... para que me sea realizado
 el procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado

Me doy por enterado/a de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento:

El láser consiste en unas ondas de luz emitidas desde un aparato que en contacto con las células las destruyen, actuando como un bisturí de alta precisión. Este procedimiento evita en gran parte el sangrado y los puntos tras la cirugía. La cirugía con láser se realiza para resolver determinados problemas de la cavidad oral, tales como: extirpación de pequeños tumores o lesiones de la mucosa de la boca, angiomas, frenillos, fibromas, papilomas, así como de lesiones blanquecinas de la boca (leucoplasias). También puede emplearse para reseca manchas o lesiones en la piel en los labios. La intervención puede realizarse con anestesia general o local (con los riesgos inherentes a ellas que serán informados por su anestesista), y los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que no podré realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo.

Todos estos procedimientos suponen un indudable beneficio, sin embargo, no están exentos de complicaciones, algunas de ellas inevitables, siendo las estadísticamente más frecuentes:

- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía.
- Hematoma e hinchazón de la región.
- Hemorragia postoperatoria.
- Apertura de los puntos de sutura en caso de darse.
- Daño a los dientes vecinos, en forma de quemaduras o roturas.
- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior).
- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o definitiva (de la lengua y del gusto).
- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio infraorbitario (de la mejilla), temporal o definitiva.
- Infección de los tejidos o del hueso.
- Quemadura de partes de la piel o mucosa cercanas al lugar de la operación.
- Inflamación de los paños o gasas empleados.
- Daño por el haz de luz a diversas estructuras oculares.
- Rotura de instrumentos. Rotura de la aguja de anestesia.
- Infección de los puntos de sutura.

Riesgos específicos en mi caso y otras complicaciones de mínima relevancia estadística

.....
 Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento

Además, en entrevista personal con el Dr
 he sido informado/a, en términos que he comprendido, del alcance de dicho tratamiento. En la entrevista he tenido la oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de sopesar debidamente tanto sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él puedo obtener.



Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado y, por ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me practique

Este consentimiento puede ser revocado por mí sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones.....

Y, para que así conste, firmo el presente original **después de leído**, por duplicado, cuya copia se me proporciona.

Enade.....de

Firma del paciente
(o su representante legal en caso de incapacidad).
D.N.I.

Firma del médico
Nº de colegiado

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento
Firma del testigo (D.N.I.)