



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE BIOPSIA

Yo, Sr(a) _____ CI: _____,
he sido informado(a) por el **Odontólogo Docente** _____
de lo siguiente: Se han estudiado los signos y síntomas que padezco y realizado las exploraciones oportunas y se encontró que presento una lesión. Si esta enfermedad se deja a su evolución natural puede crecer y afectar mayor cantidad de tejidos.

La intervención que se me propone es tomar una muestra de la lesión (biopsia). Esta muestra se estudiará histopatológicamente para establecer el diagnóstico definitivo y en función de este diagnóstico se planificará el tratamiento si es necesario.

La anestesia utilizada va a ser local.

1. La anestesia local se utilizará con la finalidad de procurar efectuar el tratamiento quirúrgico sin dolor.
2. La anestesia local se aplica mediante una inyección de sustancias, que bloquean de manera reversible los impulsos nerviosos de modo tal que se interrumpe transitoriamente la sensibilidad.
3. El efecto de la anestesia local producirá una sensación extraña en la región anestesiada, que normalmente desaparecerá espontáneamente en dos o tres horas.
4. La administración de la anestesia local puede provocar en algunos casos: úlceras en la mucosa, dolor, hematoma y, en algunas ocasiones limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior. Del mismo modo, puede ocasionar una baja de presión y sensación de mareo.
5. Entiendo que algunos pacientes pueden presentar algún tipo de reacción alérgica o hipersensibilidad a la anestesia local, que se manifiesta como urticaria, dermatitis de contacto, asma y edema angioneurótico, que en casos extremos pueden requerir tratamiento de emergencia.
6. Todo acto quirúrgico puede ocasionar potencialmente distintas complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, sobre todo en personas con alguna condición o enfermedad sistémica como las siguientes: diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad, tabaquismo.

El procedimiento quirúrgico (toma de biopsia) puede tener **complicaciones de orden general**: Crisis hipertensiva, síncope vasovagal. Estas complicaciones son más frecuentes si existen enfermedades sobre añadidas previas. Y **complicaciones de orden local**: Hemorragias, hematomas, infecciones que pueden recuperarse a las primeras 24 horas o complicarse por más tiempo.

Después de la cirugía debo cumplir con indicaciones post operatorias y debo regresar a consulta de retiro de puntos y control post operatorio.

He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento que se me va a practicar. El Odontólogo Docente _____ me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve. También me ha explicado los riesgos posibles y las consecuencias que pudieran derivarse de mi negativa. Me ha informado de otras alternativas posibles. He recibido respuesta a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anterior perfectamente. Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Nombre del paciente o representante

Firma del paciente o representante

En _____, a los _____ del mes _____ de _____.