

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE TUMORES BENIGNOS

de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente:

- ❖ *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.*
- ❖ *Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. (BOJA núm.74 de 4 de julio de 1998).*
- ❖ *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE núm.274 de 15 de noviembre de 2002).*

Yo D.....(como paciente), con DNI  
núm....., mayor de edad, y con domicilio en.....

o Yo D....., con DNI núm.....,  
mayor de edad, y con domicilio en.....  
en calidad de (representante legal) de D.....

### DECLARO

Que el Odontólogo/Estomatólogo D./Dña.....  
me ha explicado que es conveniente en mi situación proceder a la extirpación de un tumor  
aparentemente benigno, dándome la siguiente información:

1.- El propósito principal de la intervención es impedir la posible malignización del tumor y su extensión a estructuras vecinas, así como eliminar el dolor, la irritación y las alteraciones en la masticación.

Comprendo que el tumor que se me va a extirpar será remitido a un especialista patólogo, para que lo analice y determine su benignidad o malignidad y la necesidad de un posible tratamiento posterior.

Comprendo que en el curso del tratamiento puede ser necesario afectar a las estructuras vecinas, para eliminarlas como margen de seguridad o para reconstruir el defecto quirúrgico. Recibiré si lo deseo una copia del informe del patólogo acerca de la tumoración extirpada.

2.- Me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección sustancias que provocan un bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor.

Me ha explicado que tendré la sensación de acorchamiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer en dos o tres horas.

También me ha explicado 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 bajada de tensión que, en casos menos frecuentes, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente, e, incluso, excepcionalmente, la muerte.

Comprendo que aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o hipersensibilidad al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticarias, dermatitis, asma, edema angioneurótico (asfixia), que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.

3.- La intervención consiste en la eliminación del tejido enfermo mediante la realización de incisiones y separación del área sana. Posteriormente se realizará la sutura correspondiente.

4.- El Dentista me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.

He comprendido lo que se me ha explicado por el facultativo de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado.

Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello,

DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me practique el tratamiento de tumores benignos.

En Granada, a .....de .....de.....

Fdo. El paciente  
(o su representante legal)

Fdo. El Odontólogo/Estomatólogo.  
Núm. Colegiado.