

### **Autorizacion para una cirugia oral y Maxiofacial**

Paciente: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_  
Doctor: \_\_\_\_\_

Por favor coloque su inicial en los espacios en blanco despues de haber leído. Si Ud.tiene alguna pregunta, por favor pregunte a su Doctor ANTES de colocar su inicial.

Ud.tiene el derecho de ser informado sobre se condicion y el recommendamiento de su plan de tratamiento para ser usado.Asi ud.es informado de cualquier decision y no proceder con el tratamiento despues de saber los riesgos involucrados. Esta nota no es para alarmarlo, pero es mejor que ud.informado apropiadamente y asi todo esta bajo su consiente.

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi autorizacion para el Dr. \_\_\_\_\_ y quienes trabajen con el Dr. \_\_\_\_\_ para proceder en el siguiente tratamiento/procedimlento/cirugia: \_\_\_\_\_

Ya todo a sido para mi, otros procedimiento advisibles necesarios para completar el plan de tratamiento/procedimiento/cirugia.

#### **Extraccion de cordales**

\_\_\_1. Yo autorizo al Dr.Arefi/Nasehi, y otro personal,asistentes,o empleados elegidos por e Dr.de tratar las condiciones descritas como: \_\_\_\_\_.

\_\_\_2. Yo e sido informado de posible metodos alternativos del tratamiento incluyendo: \_\_\_\_\_

\_\_\_3. Mi doctor me ha explicado que hay cietos riesgos y efectos en cualquier procedimiento cirurgicoy este instate especifico como riesgos incluyendo,pero no son limitados de los siguientes:

\_\_\_A. Incomodidad e inchason pueden requerir varios dias de reposo en casa.

\_\_\_B. Sangrado prolongado o muy fuerte podrian requerir tratamiento adicional.

\_\_\_C. Danamiento en el adjacente de los dientes o rellenos.

\_\_\_D. Infeccion postoperativa podria requerir tratamiento adicional.

\_\_\_E. Estiramiento en las esquinas de la boca podrian causar rompimiento en las esquinas de los labios o morados.

\_\_\_F. Restringir abrir la boca por cientos dias;aveces relacionado con tragar y el musculo aveces relacionado con el stress de la quijada.

\_\_\_G. La decicion de dejar una pequena raiz en la quijada cuando se esta removiendo puede raiz en la qijada cuando se esta.

\_\_\_H. Fractura en la quijanda(en la mayoria de extracciones complicadas) y cambios en la oclusion.

\_\_\_I. Peligro con los nervios resulta temblamiento en la barbia, labios y es por momentos o permanente.

\_\_\_J. Abrimiento en la cavidad nasal (una carie normal situada debafo del diente de arriba) requiriendo una cirugia adicional.

\_\_\_K. Dolor en el oido, cabeza y cuello.

\_\_\_4. Todo a sido explicado durante el transcurso de este procedimiento codiciones forenses seran revaladas la cual necesitaran extencion de lo del procedimiento original o diferente procedimiento como los cituados en el cuarto parrafo 2.arriba. Yo autorizo a

mi doctor y a su personal para proceder en el tratamiento que sea necesario y lo que haye decidido en el juzgamiento profesional.

\_\_\_5. Yo autorizo a la administracion en la Anestesia local.

\_\_\_6. Yo se que para ciertos medicamentos, drogas, prescripciones en el cual ye se que pueden causar sueno, en el cual puede incrementar por el uso de alcool y otras drogas. Yo eh sido avsado no operar ningun tipo de vehiculo y no trabajar mientras este tomando ciertos medicamentos haste que este totalmente recuperado por el efecto de ellos. Yo entiendo que este recuperamiento puede tomarme de 24 horas o mas.di me lan algun tipo de sedante durante mi operacion yo estoy de acuerdo en no manejar o que alguien lo haga por mi hasta que me sienta totalmente recuperado del sedante.

\_\_\_7. Cierta potencial de nausea y vomito bajo la influencia de la anestesia, yo entiendo yo horas antes de mi cirugia.DE ESTO SER LO CONTRARIO PUEDE SER UNA AMENAZA!!

\_\_\_8. Se me a explicado y yo e entendido totalmente, que un resultado perfecto no es garantizado.

\_\_\_9. Yo verifico, que yo hablo, leo y escribo espanol y e leido y entendido totalmente esta autorizacion cirurgica y que todos los espacios fueron lienos por mis iniciales y mi firma.

POR FAVOR PREGUNTE A SU DOCTOR SI UD.TIENE ALGUNA DUDA SOBRE SU AUTORIZACION.

---

Firma del paciente (persona responsable)

Fecha

---

Firma del testigo

Fecha

---

Firma del doctor

Fecha