**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE CANINO RETENIDO**

Paciente: [Nombre del Paciente]
Fecha de Nacimiento: [Fecha]
Fecha: [Fecha de la Cirugía]

Yo, [Nombre del Paciente], declaro que el/la Dr(a). [Nombre del Cirujano], especialista en cirugía oral/maxilofacial u odontología, ha explicado de manera clara y detallada la naturaleza, propósito, beneficios, alternativas, riesgos y posibles complicaciones asociadas con la cirugía para el tratamiento de un canino retenido.

**Naturaleza y Propósito del Procedimiento:**

Se me ha informado que el propósito de este procedimiento es exponer y/o extraer el canino retenido que no ha erupcionado correctamente en la boca. Este procedimiento puede incluir la colocación de un dispositivo de ortodoncia para ayudar a guiar el diente a su posición correcta en el arco dental.

**Beneficios Esperados:**

Los beneficios de este procedimiento pueden incluir la mejora de la estética dental, la prevención de problemas de oclusión y mordida, la reducción del riesgo de caries y enfermedad periodontal en los dientes adyacentes, y el alivio de posibles dolores o molestias.

**Alternativas:**

Se me han explicado alternativas al procedimiento propuesto, como la observación y el manejo sin intervención, la extracción del canino retenido sin intento de ortodoncia para su corrección, y los riesgos asociados con estas alternativas.

**Riesgos y Posibles Complicaciones:**

Entre los riesgos y complicaciones potenciales que se me han explicado están:

* Dolor, inflamación y/o sangrado postoperatorio.
* Infección en el sitio quirúrgico.
* Daño a los dientes adyacentes o sus raíces.
* Daño temporal o permanente a los nervios, resultando en entumecimiento o parestesia de la zona afectada.
* Reabsorción radicular de los dientes adyacentes.
* Posible fracaso en lograr la erupción del canino a su posición correcta, lo que podría requerir procedimientos adicionales.

**Consentimiento para Anestesia:**

He sido informado(a) sobre los riesgos y beneficios de los tipos de anestesia que podrían utilizarse durante el procedimiento, así como las posibles alternativas.

**Consentimiento:**

Por medio de la presente autorizo al Dr(a). [Nombre del Cirujano] y a cualquier otro profesional designado para participar en mi cuidado a realizar la cirugía para el tratamiento del canino retenido. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, no se pueden garantizar resultados específicos.

**Firma del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Cirujano: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**