**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE TRACCIÓN 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/Dentista], ha explicado de manera clara, completa y comprensible la naturaleza, propósito, beneficios, alternativas, riesgos y posibles complicaciones asociadas con la cirugía de tracción de canino retenido.

**Naturaleza y Propósito del Procedimiento:**

Se me ha informado que el propósito de este procedimiento es facilitar la erupción y el correcto posicionamiento en la arcada dental de un canino que no ha erupcionado naturalmente. El procedimiento puede implicar la exposición del diente retenido, la eliminación de cualquier obstrucción física, y la colocación de un dispositivo ortodóntico para guiar su erupción y posición adecuada en la boca.

**Beneficios Esperados:**

Los beneficios esperados del procedimiento incluyen la correcta alineación y funcionalidad del canino afectado, la prevención de problemas de maloclusión y la mejora estética de la sonrisa.

**Alternativas:**

Se me han explicado las alternativas al procedimiento propuesto, incluyendo la posible extracción del canino retenido y el uso de tratamiento ortodóntico para cerrar el espacio o para preparar el sitio para un posible implante o puente. También se me ha informado sobre los riesgos y consecuencias de no recibir tratamiento.

**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 de la cirugía.
* Daño a los dientes adyacentes o a sus raíces.
* Recesión gingival o pérdida de hueso alrededor del diente expuesto.
* Fracaso en la tracción del diente, lo que podría requerir procedimientos adicionales.
* Posible daño a los nervios cercanos, resultando en cambios temporales o permanentes en la sensación.

**Consentimiento para Anestesia:**

Entiendo que se utilizará anestesia local y/o sedación para minimizar el dolor y la incomodidad durante el procedimiento, y he sido informado(a) sobre los riesgos y beneficios de los tipos de anestesia que podrían utilizarse.

**Consentimiento:**

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

Entiendo que la práctica de la odontología 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/Dentista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**