**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DE EXTRACCIÓN DE TERCER MOLAR**

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], cirujano(a) dental/máxilo-facial, ha explicado de manera clara y comprensible la naturaleza, propósito, beneficios, opciones alternativas, riesgos y posibles complicaciones asociadas con la cirugía de extracción del tercer molar, comúnmente conocido como muela del juicio.

**Naturaleza y Propósito del Procedimiento:**

Se me ha informado que el propósito de este procedimiento es remover uno o más terceros molares (muelas del juicio) que pueden estar causando problemas como dolor, infección, caries en dientes adyacentes, o enfermedad periodontal, o que podrían causar problemas en el futuro. La extracción se realiza bajo anestesia local, sedación o anestesia general, según se ha determinado más adecuado para mi caso.

**Beneficios Esperados:**

Los beneficios de este procedimiento pueden incluir la eliminación del dolor, prevención de futuras complicaciones dentales, y mejora en la salud oral general.

**Alternativas:**

Se me han explicado las alternativas al procedimiento propuesto, incluyendo el tratamiento conservador (como medicación para el dolor o la infección), vigilancia del crecimiento y desarrollo de los terceros molares sin intervención quirúrgica, y los riesgos asociados con estas alternativas.

**Riesgos y Posibles Complicaciones:**

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

* Dolor, hinchazón y/o sangrado postoperatorio.
* Infección en el sitio de la extracción.
* Daño temporal o permanente a los nervios cercanos, que puede resultar en dolor, entumecimiento o parestesia de los labios, lengua, mejillas, o dientes adyacentes.
* Lesión a los dientes cercanos o restauraciones dentales.
* Posible necesidad de procedimientos adicionales si surgen complicaciones.

**Consentimiento para Anestesia:**

Entiendo que se utilizará anestesia y/o sedación y he sido informado(a) sobre los riesgos y beneficios de los tipos de anestesia que podrían utilizarse, así como las posibles alternativas.

**Consentimiento:**

Por la presente autorizo al Dr(a). [Nombre del Cirujano] y a cualquier otro profesional designado para participar en mi cuidado a realizar la cirugía de extracción del tercer molar. 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, por lo tanto, no se pueden garantizar resultados específicos.

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

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

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