

Anestesia Local

Metepec, Estado de México a ____ de ____ del 20 ____

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ con
domicilio en: _____ Declaro que el
Cirujano Dentista: _____

Me ha explicado que el tratamiento que voy a realizarse implica la administración de anestesia local, que consiste en infiltrar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los impulsos nerviosos de tal manera que se inhibe transitoriamente la función sensitiva con el fin de realizar el tratamiento sin dolor.

Me ha explicado que tendré la sensación de adormecimiento de la encía, paladar, mejillas, labio, lengua, zonas cercanas a la zona de infiltración, que normalmente van a desaparecer espontáneamente 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/o dolor y, menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento posterior, y que la anestesia puede provocar bajada de tensión arterial que, en casos menos frecuentes, pueden provocar un desmayo o aumentar el ritmo cardiaco, que deben tratarse posteriormente, e, incluso, excepcionalmente, la muerte.

Que aunque no sea alérgico al anestésico, podría tener manifestaciones de alergia, que van desde inflamación, erupciones, sarpullidos, comezón y dificultad para respirar, confusión, dificultad para hablar, congestión nasal, dificultad para tragar, congestión nasal, incluso llegar a un shock anafiláctico, que podría llegar a la muerte.

También se me ha explicado que, aunque tampoco de mis antecedentes se deduce ningún tipo de patología cardiovascular, uno de los componentes de la anestesia, la adrenalina, puede llegar a favorecer la aparición de una cardiopatía isquémica que debe ser tratada posteriormente.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones, CONSIENTO en que se me administre anestesia local.

Firma del paciente

Firma del Doctor