



**Paciente:**

.....

**Tutor legal:** .....

**Edad:** .....

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA DE MUCOSA ORAL

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que el Dr. Antonio Marino, Cirujano Maxilofacial, me ha informado y he comprendido lo siguiente:

1. **Naturaleza y Propósito del Procedimiento:** He sido informado sobre el procedimiento de biopsia de mucosa oral, su necesidad para el diagnóstico, procedimiento, alternativas, riesgos, y consecuencias de no realizar el tratamiento.
2. **Riesgos y Limitaciones:** Entiendo que aunque el procedimiento es generalmente seguro, no están exentos de riesgos y que no todos los riesgos o complicaciones pueden preverse.
3. **Anestesia Local y sus Efectos:** Se me ha explicado que el procedimiento se realizará bajo anestesia local. He sido informado sobre los posibles efectos secundarios, como adormecimiento temporal de la zona, posibles reacciones alérgicas, y dolor en el punto de inyección.
4. **Posibles Complicaciones:** Estoy consciente de las posibles complicaciones, incluyendo sangrado, infección en el sitio de la biopsia, inflamación, y molestias o dolor post-procedimiento.
5. **Procedimiento de Biopsia:** Comprendo que se tomará una pequeña muestra de tejido de la mucosa oral para su análisis. Se me ha informado que el procedimiento es necesario para obtener un diagnóstico preciso.
6. **Cuidados Postoperatorios:** He sido informado sobre las recomendaciones de cuidado postoperatorio, incluyendo higiene oral, medicación para controlar el dolor o la infección, y la necesidad de controles de seguimiento para revisar los resultados de la biopsia.

7. **Resultados y Tratamientos Adicionales:** Entiendo que los resultados de la biopsia determinarán el curso de cualquier tratamiento adicional necesario y que, dependiendo de los resultados, pueden requerirse procedimientos adicionales o tratamientos específicos.
8. **Uso de Imágenes:** Autorizo la toma de fotografías o registros audiovisuales para fines científicos y docentes, garantizando la protección de mi identidad.
9. **Comprensión y Aclaraciones:** He comprendido la información proporcionada y he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas.
10. **Derecho de Revocación:** Soy consciente de que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, entendiendo las consecuencias de esta decisión.

Confirmando que he recibido información suficiente y detallada, comprendiendo los riesgos y la naturaleza del procedimiento de biopsia de mucosa oral. Por tanto, doy mi consentimiento para que se realice dicho procedimiento bajo anestesia local que corresponde a:

Nombre del procedimiento:
---------------------------

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

**Firma del Dr. Antonio Marino:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_