

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DISFUNCIÓN
CRANEOMANDIBULAR Y DOLOR OROFACIAL**

* Nombre del paciente

.....
.....

* Nombre del médico que le informa

.....

* Fecha:

.....
.....

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Los síntomas que presenta son debidos a

.....

las pruebas complementarias que se necesitan para aclarar el diagnóstico son:

.....
.....

el plan terapéutico consiste en:

.....
.....

.....

el tiempo estimado para recuperar el estado funcional es de....., y el presupuesto es de.....

Se me ha informado que la evolución puede no ajustarse a lo previsto y que no existe garantía de resolución total de mis dolencias. Que el tratamiento puede requerir de la utilización de aparatos en la boca, de medicamentos, incluyendo antidepresivos y anticonvulsivantes, de infiltración de los músculos o articulaciones, de tratamiento fisioterapéutico, de psicoterapia o de tratamiento quirúrgico y de otras técnicas que han demostrado su utilidad en este tipo de trastornos, las cuales pueden presentar efectos colaterales.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO: Dependiendo del procedimiento empleado los riesgos pueden ser:

Complicaciones poco graves y frecuentes:

.....
.....
.....
.....
.....

Complicaciones graves y poco frecuentes:

.....
.....
.....
.....

POSIBLES ALTERNATIVAS:

.....
.....

RIESGOS PERSONALIZADOS

.....
.....

Declaro que he sido informado por los médicos de los riesgos de la intervención y que me han explicado las posibles alternativas.

Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia doy mi consentimiento para tratar la Disfunción Craneomandibular y/o el Dolor Orofacial

Firma del paciente

Firma del médico

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc.).

.....
.....

Fdo:

D.N.I.:

Revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha finalizado.

Fdo: El paciente Fdo: El médico

Fdo: el representante legal