



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE ESCISION DE FRENILLO (FRENECTOMÍA)

(DS. N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842. RD N°...../2019/INSNSB)

Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas Especialidad de Cirugía de Cabeza, Cuello y Máxilo Facial

PROCEDIMIENTO DE FRENECTOMÍA

Frenillo o Anquiloglosia

El frenillo corresponde a una unión excesiva a nivel del piso de la boca con la cara ventral lingual o de la mucosa vestibular labial con la mucosa de la encía.

Frenectomía

La frenectomía consiste en el corte y unión por medio de puntos del frenillo para lograr la separación de ambas estructuras.

Objetivos del Procedimiento

- Liberación de las estructuras linguales y labiales.

Beneficios Esperados

- Restablecer la función lingual y labial para la pronunciación del lenguaje del paciente.

Riesgos o Complicaciones Frecuentes

- Sangrado
- Infección

Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes

- Hematoma.
- Granuloma a cuerpo extraño.
- Dehiscencia de la incisión.

Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento y/o intervención quirúrgica

- Persistencia del frenillo.

Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo

Ninguno

Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:

- Reacción alérgica algún componente de la anestesia.
-

Pronóstico: Bueno () Malo () Reservado ()

Recomendaciones/Observaciones:

- Cumplir con los cuidados de la herida establecidos por el Especialista.
- Cumplir con los controles establecidos por el Especialista.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, con el Diagnóstico: _____.

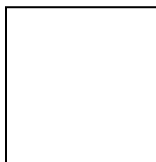
Declaro:

Que el Cirujano _____ con CMP N° _____, y RNE N° _____, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del procedimiento de: **Frenectomía** sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto, con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

Doy mi Consentimiento para el Procedimiento de Frenectomía

San Borja, de.....del 20.....



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

Firma del Médico Responsable

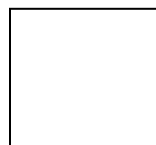
CMP N° _____

RNE N° _____

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha _____ para la realización del procedimiento de **Frenectomía** y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.

San Borja , de..... del 20.....



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre _____

N° _____

DNI N° _____

Firma del Médico Responsable

CMP

RNE N° _____