**Nombre paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de explicación sobre el consentimiento informado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nota: Registre (SI) al iniciar el párrafo del procedimiento que va realizar, Haga Firmar al paciente y fecha de autorización que da el paciente o tutor para poder para realizar el procedimiento.**

1**.\_\_ Operatoria**: es la intervención sobre el diente en cualquiera de sus, superficies, en ocasiones eliminando

parte de la estructura dentaria con el fin de remover la caries o Calzas y prepararlo para la restauración. Para este procedimiento se utilizan en la mayoría de los casos instrumentos metálicos que son movidos por la fuerza del odontólogo, electricidad o aire. Posterior a la instrumentación se dejan materiales para reemplazar las partes afectadas de los dientes (calza), estos materiales son compatibles con los tejidos de la boca y en algunas ocasiones su color no es igual al del diente natural. **Riesgos**: a) sangrado de la encía o del nervio si la caries compromete cámara pulpar, b) laceraciones involuntarias de los tejidos blandos con los instrumentos o quemaduras con materiales líquidos, c) fractura de la corona del diente (se parte las paredes del diente), d) cambio de color del diente, e) dolor transitorio, sensibilidad o dolor permanente si presenta restauración desalojada o desadaptada y hay filtración de bacterias al nervio dental .f) desalojo de la restauración, g) cambio de color de la restauración, h) necesidad posterior de tratamiento de conducto, i) molestia en la oclusión (mordida), j) Ingestión de algún instrumento de trabajo.

Firma Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_ **Endodoncia**: consiste en la remoción del nervio del diente, preparación del conducto con diferentes instrumentos para ampliar la luz del conducto y posterior relleno con material que selle. **Riesgo:** a) Endodoncia con la longitud alterada de acuerdo con condiciones específicas de cada diente (sobrepaso de material o longitud corta), b) Perdida del diente por comunicaciones involuntarias entre los conductos y el tejido de soporte, c) Infección, d) Edema (hinchazón), e) Dolor temporal o prolongado, durante o después del procedimiento, f) Debilitamiento de la estructura del diente por la apertura y la falta de hidratación, g) Sangrado durante la instrumentación del conducto, h) Laceraciones involuntarias con los instrumentos y fractura del diente al colocar la grapa ( se parte) en ocasiones necesitando corona, j) Cambio de color del diente, k) Desalojo de la restauración temporal y contaminación del tratamiento que conlleva a cirugía apical posterior al tratamiento, m) Ruptura del instrumento dentro del conducto , n) ingestión de algún liquido o elemento del trabajo, o) Repetición del procedimiento por lesión recurrente, ningún tratamiento es para toda la vida, los tratamientos son de medios y no de resultados p) Quemaduras en los tejidos blandos con los instrumentos de recorte, q) Molestias, irritación o alergias en la mucosa, asociada a líquidos o materiales usados para el tratamiento. Firma, Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_ **Periodoncia**: con estos procedimientos se busca remover factores irritativos e infecciosos que afectan los tejidos de soporte del diente (placa bacteriana y cálculos)se utilizan dos técnicas 1-remocion del cálculo a campo cerrado denominado detartraje supragingival 2- remoción a campo abierto, requiere levantar la encía, recortarla o desplazarla, también es posible que se requiera remodelar el hueso para esto se introduce un instrumento llamado cureta (manual) o cavitron (ultrasonido) entre la encía y el diente, puede requerirse también el uso de fresa (instrumento de recorte movido por aire). **Riesgos**: a) Hemorragia (sangrado), b) Infección, c) Edema (hinchazón), d) Dolor temporal o prolongado, durante o después del procedimiento, e) perdida del diente, en los tratamientos periodontales cuando el soporte del diente está muy comprometido, e) Laceraciones involuntarias con instrumentos, f) Retracción de la encía ( se destapa la raíz del diente), g) Sensibilidad dentaria, h) Movilidad de los dientes, i) Laceración de vasos sanguíneos o nervios; j) Desalojo de restauraciones.

Firma Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.\_\_**Cirugia oral:** Los procedimientos de cirugía oral tienen muchas modalidades, pero todas en común implican la aplicación de un anestésico, la modificación de estructuras de la cavidad oral (encía, hueso) la remoción de tejido enfermo, o la extracción de uno o varios dientes. Este procedimiento implica sangrado y necesidad de suturar (puntos), la indicación de medicamentos y el seguimiento a recomendaciones específicas de acuerdo con el tipo de cirugía. **Riesgos:** a) hemorragia (sangrado), b) Infección, c) Edema (hinchazón), d) Dolor, e) Fractura de la pieza dentaria o de la raíz del diente a tratar, o fractura de dientes adyacentes u opuestos, f) desplazamiento de la pieza dentaria al interior de los tejidos o espacio circundante, g) comunicación entre la cavidad oral y el seno maxilar, h) laceraciones en los tejidos blandos de la boca i) Dificultad en la extracción completa de la raíz dental, j) Fractura de los maxilares, k) Parestesia (zona insensible en forma transitoria o definitiva) l) Equimosis, m) trismos (dificultad para la apertura de la boca), n) Deglución de dientes extraídos.

Firma Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. \_\_**Anestesia:** cualquiera de los procesos anteriores puede requerir la aplicación de anestesia que es una sustancia que se introduce dentro de los tejidos blandos para eliminar la sensibilidad en algún sector de la cavidad bucal. **Riesgos**: Infección, Dolor posterior en el sitio de aplicación, Laceración de un nervio, vaso sanguíneo, u otro tejido blando, Efectos anestésicos en otros sitios, ejemplo parpados, Equimosis (morado) Isquemia Necrosis de la membrana mucosa. Parestesia temporal, transitoria o definitiva Error en la técnica de aplicación, Aumento de la presión arterial, Arritmia, fractura de la aguja

Firma Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.\_\_**Toma de radiografias:** Las radiografías dentales son un tipo de imagen de los dientes y la boca. Los rayos X son una forma de radiación electromagnética, justo como la luz visible; sin embargo, su energía es mayor y pueden penetrar el cuerpo para formar una imagen en una película. **Riesgos**: La exposición a la radiación es muy baja sin embargo nadie debe recibir más radiación de la necesaria. A) Exposición a mayor dosis de radiación b) toma de radiografía a mujeres embarazadas (, a menos que sea absolutamente necesario y con todas las precauciones necesarias y protección)

Firma Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.\_\_**Profilaxis:** consiste en limpieza de todos los dientes con cepillos o copas de caucho y pasta profiláctica para retirar placa bacteriana blanda **Riesgos:** ninguno basado en evidencia.

Firma Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8.\_\_**Detartraje:** con estos procedimientos se busca remover factores irritativos e infecciosos que afectan los tejidos de soporte del diente (placa bacteriana y cálculos, para esto se introduce un instrumento llamado cureta (manual) o cavitron (ultrasonido) entre la encía y el diente **Riesgos**: a) Hemorragia (sangrado), b) Infección, c) Edema (hinchazón), d) Dolor temporal o prolongado, durante o después del procedimiento, e) perdida del diente cuando el soporte del diente está muy comprometido, e) Laceraciones involuntarias con instrumentos, f) Retracción de la encía

( se destapa la raíz del diente), g) Sensibilidad dentaria, h) Movilidad de los dientes, i) Laceración de vasos sanguíneos o nervios; j) Desalojo de restauraciones.

Firma Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9\_\_**Fluorizacion:** es una actividad que se realiza en el paciente mayor de 5años, y consiste en colocar una cubeta con una sustancia denominada flúor que permite hacer en la superficie de los dientes mayor resistencia a la caries. **Riesgos**: intoxicación es una sustancia altamente toxica al ser ingerida.

Firma Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10.\_\_**Sellantes:** consiste en la modificación morfológica de la superficie dental mediante la aplicación de una barrera física (resina adhesiva) que permite disminuir el acumulo de placa bacteriana en fosas y fisuras **Riesgos**, a) quemadura de los tejidos blandos por los químicos) dolor articular después de colocar el sellante, desalojo del sellante (caída).que conllevan a caries si no se realiza una buena limpieza, o no se vuelve a realizar el sellante

-Firma Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Declaración:** Teniendo pleno conocimiento de que **soy mayor de 18 años de edad**, que padezco la presunta enfermedad infecciosa u patología diagnosticada, estoy en la obligación de informar a los profesionales que me atienden.

Teniendo conocimiento que en ningún tratamiento existen garantías absolutas porque el procedimiento NO ofrece un 100% de confiabilidad diagnostica y que NO es de resultado, sino de medios, manifiesto libre y voluntario mi consentimiento.

Con Este consentimiento autorizo para que me sean practicados los procedimientos o actividades necesarias .para mi salud bucal descrita en la historia clínica y de acuerdo al criterio clínico del profesional tratante.

El profesional me ha explicado en forma clara, expresa y satisfactoria en qué consiste el procedimiento, como se hace, para que sirve, igualmente se me han explicado los riesgos, incertidumbres, complicaciones y molestias que puedan ser inherentes a las actividades programadas y realizadas. He comprendido todo lo anterior y por ello de manera libre y voluntaria firmo.

Firma del Paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Testigo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y Sello del Odontólogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Registro OD\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de Higienista Oral \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consentimiento informado diferido:** (Para discapacidad o menores de edad)

Este consentimiento informado debe ser firmado por el representante legal del paciente que no tiene la capacidad legal para otorgar la autorización (menor de edad, inconsciencia, alteración mental temporal o definitiva) por tal motivo me hago responsable y doy el consentimiento de manera libre y voluntaria para que le sean practicados los tratamientos que el(s) odontólogo han descrito en la historia clínica.

Representante legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.C\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Parentesco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CC.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profesional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Registro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Disentimiento del procedimiento:**

Después de haber escuchado al profesional sobre el procedimiento propuesto y los riesgos posibles NO acepto que se realice dicho

Procedimiento, por lo tanto no firmo al pie de cada procedimiento que no estoy de acuerdo.

Para constancia se firma a continuación de la declaración.

Representante legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.C\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Parentesco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CC.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profesional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Registro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lista de chequeo consentimiento informado**

Servicio:

Fecha:

Evaluado:

Evaluador:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ítem | Concepto evaluado | Cumple | No cumple | Observaciones |
| 1 | Identifican como servicio que se debe aplicar el consentimiento informado |  |  |  |
| 2 | El consentimiento informado se realiza antes del procedimiento. |  |  |  |
| 3 | El consentimiento informado se realiza por cada procedimiento a realizar y no en forma generalizada. |  |  |  |
| 4 | El responsable del procedimiento indica de manera clara, oportuna, veraz y completa los procedimientos a seguir, el tiempo estimado para ello, las posibles consecuencias negativas, si las hubiere, y, cuando sea del caso, los instrumentos que se utilicen para tal efecto. |  |  |  |
| 5 | Indica de manera expresa y clara la libertad que tiene el usuario de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin ningún tipo de consecuencias para él. |  |  |  |
| 6 | En casos de ser menores de edad el consentimiento informado es firmado por sus tutores o representantes legales |  |  |  |
| 7 | Se verifica el archivo del consentimiento informado en la historia clínica del paciente |  |  |  |
| 8 | Se verifica que el paciente haya entendido la explicación dada |  |  |  |