



### Consentimiento Informado para infiltración de puntos gatillo

Establecimiento de salud	Servicio	
Nombre del usuario	N.º de identificación	Edad
Nombre del profesional que informa	Código profesional	
Nombre del profesional que realiza el procedimiento	Código profesional	

Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.

**Descripción del procedimiento:** la infiltración de puntos gatillo es un tratamiento para enfermedades de la articulación de la mandíbula (temporomandibular) y otras estructuras, en el cual, mediante inyecciones, se colocan medicamentos como anestesia local o medicamentos para reducir la inflamación. Esto ayuda a mejorar la función de la mandíbula. Para hacerlo de manera segura, el procedimiento se realiza en un lugar limpio y controlado, y se monitorean el pulso, la presión arterial y el nivel de oxígeno en la sangre durante el tratamiento.

**Objetivo y beneficios esperables:** este procedimiento tiene como objetivo disminuir el dolor y la inflamación, mejorando la función y el movimiento de la mandíbula. También puede ayudar a diagnosticar problemas en los casos más complejos. Los beneficios varían según la zona a inyectar, el diagnóstico previo y el medicamento utilizado. Los efectos pueden durar desde unos días hasta meses o incluso años, y en algunos casos puede ser una solución definitiva.

**Alternativas disponibles:** de no optar por la infiltración de puntos gatillo, podría ser tratado mediante terapia de masajes y estiramientos, ejercicios mandibulares, autocuidados y otros medicamentos orales a utilizar en su hogar.

**Consecuencias previsibles:** aumento del dolor, inflamación, disminución de la función en el lugar de punción luego del procedimiento, así como pérdida de sensación y movimiento en zonas cercanas al sitio de infiltración, el cual cede en pocas horas.

**Riesgos más frecuentes:** cualquier procedimiento tiene riesgos. En este caso se podrían presentar: mareos, desmayo o síncope, dolor y aumento del ritmo cardíaco.

**Riesgos más graves:** son menos frecuentes e incluyen: lesión de nervios, tendones, venas o arterias; descompensación si utiliza medicamentos para la diabetes, presión alta o úlcera en el estómago; reacciones alérgicas a la medicación aplicada; infecciones o sangrado en el lugar de la punción o, incluso, neumotórax, que es la entrada de aire entre el pulmón y el tórax.

**Riesgos por su condición de salud:** el profesional le explicará y anotará en observaciones sus condiciones o enfermedades que generen algún riesgo adicional para la intervención.

**Información de interés:** en caso de una emergencia durante el procedimiento, se hará lo necesario para el resguardo de su salud y su vida. Usted puede cambiar de opinión en cualquier momento, con respecto a si desea continuar con el tratamiento o no. Aceptar realizar el tratamiento no libera al profesional o a la institución de responsabilidades legales o administrativas que estos incumplan.



**Dudas planteadas por el paciente:** el profesional responderá y anotará en observaciones las preguntas que usted tenga, en caso de ser necesario.

**Observaciones:**

**Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado:** declaro que toda la información que he proporcionado sobre mi condición de salud es cierta, y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado. También declaro que me han explicado oralmente el procedimiento: cómo se realiza, riesgos, complicaciones y alternativas, y me han aclarado todas las dudas. Además, declaro que conozco que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización del procedimiento.

**De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:**

¿Acepta someterse al procedimiento propuesto?		(SI)	(NO)
_____	_____	_____	_____
Firma o huella del usuario	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma o huella del representante	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma del profesional que informa	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma del profesional que realiza la intervención	Fecha	Hora	

**Firmas de los testigos:** nosotros, los abajo firmantes, damos fe de que la persona usuaria:

- Ha impreso su huella digital en nuestra presencia, en señal de aceptación del procedimiento o actividad anteriormente indicado.
- Ha delegado en nuestra presencia el derecho de autorizar el procedimiento o intervención propuesta.

_____	_____	_____	_____
Nombre de la persona a la que se delega	Firma o huella	Identificación	Fecha
_____	_____	_____	_____
Nombre del testigo 1	Firma o huella	Identificación	Fecha
_____	_____	_____	_____
Nombre del testigo 2	Firma o huella	Identificación	Fecha

De requerirse practicar otros procedimientos no contemplados en este Consentimiento Informado, se deberán utilizar formularios adicionales, digitalizarlos e incorporarlos al Expediente de Salud mediante el Asistente EDUS.

**Revocatoria:** en caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)

He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento o intervención que había autorizado.



_____ Nombre del usuario o del representante	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha
---	-------------------------	-------------------------	----------------