



Consentimiento Informado para ortopedia funcional

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: corresponde a procedimientos para corregir problemas en la función del sistema estomatognático, que son las partes de la boca y cara que permiten masticar, tragar, hablar y la expresión facial. Para lograrlo, se pueden usar aparatos removibles o fijos que hacen fuerza sobre los dientes y otras estructuras. En algunos casos, el tratamiento puede requerir la extracción de uno o más dientes sanos, así como limar o desgastar ciertas partes de los dientes.

Objetivo y beneficios esperables: promover la atención temprana, ya sea preventiva, interceptiva o correctiva, de las malformaciones craneomaxilofaciales y dentales, para permitir una adecuada masticación y el mejoramiento de su apariencia.

Alternativas disponibles: las opciones de tratamiento dependerán de qué tan grave sea el problema. En algunos casos, se puede elegir hacer controles odontológicos sin tratarlo de inmediato o usar terapias de apoyo.

Consecuencias previsibles: dolor e incomodidad durante los primeros días de la colocación de los aparatos y posterior a cada cita de control. No hay certeza de obtener todos los beneficios.

Riesgos más frecuentes: cualquier procedimiento tiene riesgos. En este caso se podrían presentar: úlceras o "llagas" en la parte interna de la boca, dolor leve, dificultad para hablar, inflamación de las encías y sensibilidad en los dientes, así como pigmentaciones o manchas en los dientes.

Riesgos más graves: son menos frecuentes e incluyen: caries o problemas periodontales por higiene deficiente; tragar cuerpos extraños; movimientos indeseables de los dientes; dolor en la mandíbula, los dientes, los músculos, el oído y otros; pérdida de hueso y de la raíz de los dientes; reacciones alérgicas; lesiones o laceraciones en tejidos blandos; retorno a la condición inicial por falta de adherencia al tratamiento, malos hábitos, factores de crecimiento, entre otros; así como efectos psicológicos transitorios.

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
---	-------------------------	-------------------------	----------------